

Allgemeine
Versicherungsbedingungen
für
Zusatzversicherte

Stand: 1.1.2005

Continental
Krankenversicherung a. G.

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
Tarif CE	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	3
Tarif CEB-PLUS	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	5
Tarif CEK-PLUS	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	8
Tarif CEZ	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	11
Tarif CEZK	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	12
Tarif SGIK	Ergänzungstarif für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung	13
SGB V	Anhang zu den Tarifen CE, CEB-PLUS, CEK-PLUS, CEZ, CEZK und SGIK	17
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		18
Tarif Z1	Versicherung der Kosten von Zahnersatz von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung	19
Tarif SGII	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	20
Tarif SGR1	Optionstarif für die spätere Krankheitskostenvollversicherung mit Versicherung der Wahlleistungen bei stationären Krankenhausbehandlungen und der Kosten bei Auslandsaufenthalten während der Mitgliedschaft bei der GKV	22
Tarif SV	Privatärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	25
Tarif AV1	Optionstarif für die spätere Krankheitskostenvollversicherung	26
Tarif SII (Auszug)	Krankenhaustagegeld	26
Tarif KS	Kurkostenversicherung	27
Tarif KS1	Kurtagegeldversicherung	29
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		30
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		31
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		31
Tarif PZ	Pflegezusatzversicherung	32

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CE für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten und Anspruch auf Leistungen der GKV haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

4. Erlaß der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV endet. Das Versicherungsverhältnis kann unter den in § 3 Abs. 5 MB/KK 94 vorgesehenen Vergünstigungen und Voraussetzungen als Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen fortgesetzt werden, wobei für schwebende Versicherungsfälle die Leistungen höchstens im gleichen Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden im tariflichen Rahmen die Kosten, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Erfolgt keine Leistung durch die GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif mit Ausnahme der Erstattung der Kosten bei Auslandsaufenthalten und der Kosten für Zahnersatz von Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind.

I. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Erstattet werden 20% des gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

2. Erhalten Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, von der GKV keine Vorleistung, werden die Kosten für Zahnersatz im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) mit 20 % erstattet. Kosten für Zahnersatz sind in diesen Fällen die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen, prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten. Die Kosten für implantologische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen und dies vor Behandlungsbeginn durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen wird.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehr-Bett-Zimmer. Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt ebenfalls als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

2. Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 94 nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfallereinweisung handelte, wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlaßte weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 94 anschließt. Voraussetzung ist, daß die Anschlußbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 94 bedarf es nicht.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 94 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für:
 - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker);
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung

nung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Präparate sowie Nähr- und Stärkungspräparate;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschl. Kronen sowie Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten;
- den Transport zur stationären Behandlung in das nächstreichbare Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in das Inland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war oder von der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch die Überführung in das Inland entstehen, oder die Kosten, die durch die Bestattung am Sterbeort entstehen. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 10.226,- Euro.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, daß der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 94 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltende ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 94 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 6 Abs. 3 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 94).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- für Entbindung (ausgenommen Frühgeburt) und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
- für Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw., mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter

Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;

- für weder im jeweiligen Aufenthaltsland noch im Inland wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.
6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 94 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muß die Vorleistung eines anderen Kostenträgers betragsmäßig bestätigt sein.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 94

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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%, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEB-PLUS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlaß der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen und

für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen für:

1. Naturheilverfahren

- a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden

den der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätze und Höchstleistungsbeträgen zu 100%. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

- b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente – ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 2) – werden bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

3. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Brillen/Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 77,- Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

5. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100% erstattet.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

- a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.
- b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.
- c) die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muß in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nach-

weislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 94 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 94 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwasser, Mineralstoffpräparate u.ä.;

– schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;

– stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahestehenden Person medizinisch notwendig ist.

– den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die

Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherter Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, daß ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 94 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 94 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 94) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 94).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostensatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;

- für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

5. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 94 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muß. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 94

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt,
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und

Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEK-PLUS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlaß der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B III.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine Pauschalleistung als Ausgleich für entstandene Aufwendungen.

Die Pauschalleistung beträgt mindestens 3/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge. Beträgt der leistungsfreie Zeitraum mehr als ein Geschäftsjahr, erhöht sich die Pauschalleistung für jedes weitere leistungsfreie Geschäftsjahr um 1/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge. Die maximale Pauschalleistung beträgt 6/12 der im Vorjahr für die versicherte Person gezahlten Beiträge.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen für:

1. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebÜH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebÜH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätze und Höchstleistungsbeträgen zu 100%. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 80 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente - ausgenommen der Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Nr. 3) - werden bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

2. Ärztliche und zahnärztliche Behandlung („Praxisgebühr“)

Die nach § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers werden mit 100 % bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

3. Arznei- und Verbandmittel

Die nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln werden mit 100 % erstattet.

4. Heilmittel

Die nach § 32 Abs. 2 Satz 1 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Heilmitteln werden mit 100 % erstattet.

5. Hilfsmittel

Die nach § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Hilfsmitteln (außer Sehhilfen) werden mit 100 % erstattet.

6. Brillen/Kontaktlinsen

a) Die nach Leistung der GKV verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden bis zu 150,- Euro erstattet.

b) Besteht nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, sind die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen zu 80 % des Rechnungsbetrages erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 200,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

7. Rehabilitationsmaßnahmen/Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahmen

Die nach § 40 Abs. 5 und 6 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen# Zuzahlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und die nach § 41 Abs. 3 SGB V (siehe Anhang) vorgesehene Zuzahlung je Tag einer Mutter- oder Vater-Kind-Maßnahme werden mit 100 % erstattet.

8. Fahrkosten

Die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten werden mit 100 % erstattet.

9. Vorsorgeuntersuchungen

Die Kosten für medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, die in dem anhängenden Verzeichnis aufgeführt sind, sind zu 80 % erstattungsfähig; maximal werden die Kosten bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Höchstleistungsbeträge für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

II. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden

- die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes.
- die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.
- die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muß in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 MB/KK 94 ist nicht erforderlich.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 94 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

III. Kosten bei Auslandsaufenthalten

- Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:
 - ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwasser, Mineralstoffpräparate u.ä.;
 - schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
 - stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransports übernommen. Anstelle des Kostenersatzes für die vollstationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es

wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 12 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahestehenden Person; für Kinder von 9 bis 12 Jahren nur, wenn die Unterkunft der nahestehenden Person medizinisch notwendig ist.

- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherter Person.

- Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, daß ein verlängerter Versicherungsschutz vor Antritt der Reise besonders vereinbart wurde.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 94 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 94 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 94) genannte Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 94).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthalts-

land bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
 - für Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
 - für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.
4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.
5. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 94 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der

GKV bestätigt sein muß. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung ausweisen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Bei stationärer Heilbehandlung sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherte ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 94

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherte Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die gemäß Abschnitt B I 9 erstattungsfähig sind:

Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat	Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
Früherkennungs-Untersuchung U7a im 30. bis 40. Lebensmonat	Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr	Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr	Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens („PSA-Test“)
Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit 1. Anamnese Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils 2. Klinische Untersuchung Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus) ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte	Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie („Audio-Check“)
	Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
	Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie („Glaukom-Vorsorge“)
Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschließlich Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung, einschließlich Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und Nieren	Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZ für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlaß der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebißzustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfällt für die zu versichernden Personen bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

Die Höhe der Versicherungsleistung ist abhängig von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 5 % des gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V (siehe Anhang) festgesetzten Betrages für die jeweilige Regelversorgung mit Zahnersatz. Der Mindestversicherungsschutz umfaßt 3 Tarifstufen. Die Versicherungsleistung wird auch erbracht, wenn die versicherte Person eine von der Regelversorgung abweichende Versorgung in Anspruch nimmt. Die Mehrkosten für einen über die Regelversorgung hinausgehenden Zahnersatz sind nicht erstattungsfähig.

Besteht ein Anspruch auf Leistung gegen andere Kostenträger, so ist der Versicherer im Rahmen des vereinbarten Leistungsumfanges nur für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muß die Höhe der Vorleistung eines anderen Kostenträgers bestätigt sein.

Die Rechnungsbelege müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, den zahnprothetischen Befund mit der zugeordneten Regelversorgung, die Höhe der darauf entfallenden Vergütung und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Anzahl der vereinbarten Tarifstufen ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung CEZ erkenntlich.

Beispiel: CEZ/3 = 3 Stufen

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZK für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Erlaß der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebißzustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfällt für die zu versichernde Person bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungen

Erstattet werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt

a) 100 % der im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen), wenn die Rechnung keine privat Zahnärztlichen Vergütungsanteile enthält.

b) 75 % der Kosten für Zahnersatz und orale Implantate gemäß Nr. 2 nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält; mindestens werden die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung gemäß a) erster Halbsatz erstattungsfähig wären.

Bei oralen Implantaten werden die Kosten für maximal 4 Implantat je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

2. Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne,

Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stifzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muß.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den Zahnprothetischen Befund, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Limitierung von Betragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

Hinweis:

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGIK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 94 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muß – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das erste Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

4. Erlaß der Wartezeiten

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen bei nach Vertragsabschluß eingetretenen Unfällen und für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B IV.

5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

6. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Kosten ambulanter Heilbehandlungen werden nach Abzug der Leistung der GKV mit 100 % erstattet. Wenn nachweislich keine Leistung der GKV erfolgt, beträgt die tarifliche Leistung 70 % der erstattungsfähigen Kosten.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenord-

nung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 20 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchstsatz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebÜH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebÜH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätze und Höchstleistungsbeträgen.

Kosten für Entbindungen und Fehlgeburten einschließlich Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger sind erstattungsfähig.

2. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.

3. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen (z. B. Masseur).

4. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

5. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

1. Zahnbehandlung

- a) Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnbehandlung werden nach Abzug der Leistung der GKV mit 100 % erstattet. Wenn nachweislich keine Leistung der GKV erfolgt, beträgt die tarifliche Leistung

50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erläuterungen

Kosten für Zahnbehandlungen sind die Gebühren für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

2. Zahnersatz

a) Erfolgt für Zahnersatz gemäß Nr. 2 b) eine Leistung auf Basis eines Festzuschusses durch die GKV, werden die erstattungsfähigen Kosten mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

- 80 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 65 % erfolgt ist;
- 75 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 60 % erfolgt ist;
- 70 %, wenn die Leistung auf Basis eines Festzuschusses von 50 % erfolgt ist;

die tarifliche Leistung wird um den Festzuschuß gekürzt.

Erfolgt für Zahnersatz gemäß Nr. 2 b) nachweislich keine Leistung der GKV, werden die erstattungsfähigen Kosten mit 50 % erstattet.

Bei oralen Implantaten werden die erstattungsfähigen Kosten für maximal 6 Implantate je Kiefer mit den zuvor genannten Erstattungsprozentsätzen bis zu 500,- Euro je implantierten Zahn erstattet.

b) Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Brücken, Kronen, Inlays und Stifzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, implantologische Leistungen, augmentative Behandlungen bei mangelnder Knochensubstanz, Implantatkörper, künstliches oder natürliches Knochenmaterial, implantatgetragenen Zahnersatz, Material- und Laborkosten sowie mit oralen Implantaten in Zusammenhang stehende Vor- und Nachbehandlungen.

3. Kieferorthopädie/Gebißfunktionsprüfung

a) Die erstattungsfähigen Kosten für Kieferorthopädie und Gebißfunktionsprüfung werden mit 80 % erstattet. Die tarifliche Leistung wird um die Leistung der GKV gekürzt. Erfolgt keine Leistung der GKV, sind die Kosten für Kieferorthopädie und Gebißfunktionsprüfung nicht erstattungsfähig.

b) Erläuterungen

Kosten für Kieferorthopädie sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für Gebißfunktionsprüfung sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39

Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muß in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Erfolgt nachweislich keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Der Versicherte verzichtet auf eine vorherige Leistungszusage gemäß § 4 Abs. 5 MB/KK 94.

§ 5 Abs. 1 d MB/KK 94 bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

IV. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- vollstationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und ist dann noch eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherten veranlaßten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes kann ein Krankenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt;

- die Unterkunft einer nahestehenden Person im selben Krankenzimmer bei mitversicherten Kindern bis zu 8 Jahren. Sofern der behandelnde Arzt die Unterkunft der nahestehenden Person für medizinisch notwendig erachtet, übernimmt der Versicherte auch die Kosten der Unterkunft dieser Person bei Kindern bis zu 12 Jahren;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person nach Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung nach Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden, Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, daß der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 94 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit.

Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 94 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 6 Abs. 3 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 94).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostensatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthalts-

land bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- für Hilfsmittel, (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.) mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- für Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 5 MB/KK 94 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Dupli-

katrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muß; erfolgte nachweislich keine Leistung der GKV, müssen die Rechnungen in Urschrift vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherungsnehmer muß

- bei zahnärztlichen Leistungen den Nachweis über die von der GKV erbrachte Leistung in prozentualer Höhe auf Basis des Festzuschusses führen;
- bei stationärer Heilbehandlung den Nachweis über die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses führen.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Ein Leistungsvermerk der GKV ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 94

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge aller Beobachtungseinheiten dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Anhang zu den Tarifen CE, CEB-PLUS, CEK-PLUS, CEZ, CEZK und SGIK

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 28 Absatz 4 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.

§ 31 Absatz 3 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.

§ 32 Absatz 2 Satz 1

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten.

§ 33 Absatz 2 Satz 5

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 39 Absatz 2

Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 39 Absatz 4

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zuzahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 40 Absatz 5

Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 40 Absatz 6

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluß an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlußrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluß auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 41 Absatz 3

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 55 Absatz 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.

§ 60 Absatz 2

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Anhang zu den Tarifen mit ambulantem Versicherungsschutz

Über die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) enthaltenen Verrichtungen hinaus sind folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden analog der jeweils aufgeführten Gebührenziffer des GebüH tarifgemäß erstattungsfähig:

<u>Untersuchungs- oder Behandlungsmethode</u>	<u>Erstattung analog Gebührenziffer</u>
Akupressur	21.1
Akupunkturmassage	20.2
Augendiagnostik	14.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5
Bioresonanztherapie	16.3
Blutsedimentationstest	12.14
Clusterdiagnostik	12.14
Colon-Hydro-Therapie	36.3
CO ₂ -Quellgastherapie	25.9
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10
Elektrohauttest	16.4
Elektromagnetischer Bluttest	13.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1 39.2
Farblichttherapie/Farbpunktur	20.6
Fußreflexzonentherapie	25.1 + 26.1
Gegensensibilisierung nach Theurer	12.14
Haarmineralanalyse	12.2
Harnschau, traditionell	13.1
HLB-Bradford-Bluttest	12.15
Kaelin-Test	21.1
Kinesiologie	21.1
Laser-Akupunktur	39.9
Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	16.1
Matrixregenerationstherapie	16.3
Mikromagnetfeldtherapie	2
Mikroökologische Therapie	16.3
Mora-Therapie	16.3
Neobioelektrische Therapie (NBT)	30.1
Ohrkerzenbehandlung	16.3
Regulationstherapie	25.11
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	39.10
Signaltherapien	13.1
Spenglersan-Test	16.1
Stoffwechselregulation mit STT	15.1
Terminalpunktdiagnostik	16.1
Thermoregulationsdiagnostik	16.1
Vega-Test	

Desweiteren sind auch für nachstehende Verfahren, die eine Analogbewertung nach dem GebüH nicht zulassen, Leistungen vorgesehen:

Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare Therapie, einschließlich Diagnostik, Arzneimittel und Physiotherapie sind tarifgemäß bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen erstattungsfähig. Die Jahreshöchstleistung errechnet sich aus dem versicherten Prozentsatz.

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepaßt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Z1 für die Versicherung der Kosten von Zahnersatz von Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind und Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

4. Erlaß der Wartezeit

Die besondere Wartezeit kann erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebißzustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

5. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV endet. Das Versicherungsverhältnis kann unter den in § 3 Abs. 5 MB/KK 94 vorgesehenen Vergünstigungen und Voraussetzungen als Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen fortgesetzt werden, wobei für schwebende Versicherungsfälle die Leistungen höchstens im gleichen Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes erbracht werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungen

Erstattet werden die Kosten für die durchgeführte medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahn technische Leistungen und zahnärztliche Behandlung) gemäß Nr. 2 im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zu den Regelhöchstätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) mit 35 %.

2. Erläuterungen

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen, prothetische, implantologische und bei der Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten.

Die Kosten für implantologische Leistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn andere ausreichende und zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen und dies vor Behandlungsbeginn durch ein zahnärztliches Attest nachgewiesen wird.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV bestätigt sein muß. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Hat die GKV nachweislich keine Leistung erbracht, müssen die Rechnungen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

D) Überschußverwendung

Die Möglichkeiten der Überschußverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Hinweis:

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvoranschlag Ihres Zahnarztes, der spezifiziert Kosten für Material- und Laborkosten enthält, einzureichen; wir können Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGII für die Versicherung der Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 94 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muß – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsumfang

Versichert sind die entstandenen Kosten für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach den Tarifen SGII1 im Ein-Bett-Zimmer und SGII2 im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Versicherung ist nach folgenden Tarifstufen – für Beihilfeberechtigte, die einen prozentualen Versicherungsschutz benötigen, je nach Beihilfeanspruch – abzuschließen (Zahl hinter dem Schrägstrich = versicherter Prozentsatz):

SGII1/100	SGII2/70	SGII2/40
SGII2/100	SGII2/65	SGII2/35
SGII2/90	SGII2/60	SGII2/30
SGII2/85	SGII2/55	SGII2/25
SGII2/80	SGII2/50	SGII2/20
SGII2/75	SGII2/45	SGII2/15

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 94) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 94 gilt entsprechend.

6. Umstufungen

a) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungs-

schutzes) 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 Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, daß er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

b) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von zwei Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

7. Erlaß der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

8. Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsumfang

Erstattet werden mit dem aus der versicherten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen s. Nr. 2):

a) nach Tarif

SGII1 die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer
privatärztliche Behandlung
ambulante Operationen im Krankenhaus
Krankentransporte

SGII2 die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer
privatärztliche Behandlung
ambulante Operationen im Krankenhaus
Krankentransporte

- b) bei Inanspruchnahme niedrigerer als der versicherten Leistungen die tatsächlich entstandenen Kosten; außerdem werden je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes mit dem versicherten Prozentsatz folgende Krankenhaustagegelder gezahlt:

in Anspruch genommene Leistungen	versichert nach Tarif	
	SGII1	SGII2
Zwei- und Mehr-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung oder Zwei-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	21,- Euro	–
Mehr-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	57,- Euro	36,- Euro

- c) bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer nach Tarif SGII2 die Kosten gesondert berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung.

2. Erläuterungen

a) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

c) Ambulante Operationen

Die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

d) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten die Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

Der Versicherungsnehmer muß den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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%, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich,

derlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGR1 für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 35. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und in der GKV versicherungspflichtig sind oder Anspruch auf Familienversicherung haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94). Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers.

4. Versicherungsdauer

Der Versicherungsschutz nach dem Tarif besteht für längstens 10 Versicherungsjahre, er endet jedoch spätestens mit Ende der Versicherungspflicht oder mit Vollendung des 40. Lebensjahres. Endet der Anspruch auf Familienversicherung, so endet auch der Versicherungsschutz nach diesem Tarif, sofern nicht Versicherungspflicht eintritt.

Innerhalb dieses Zeitraums hat jede nach diesem Tarif versicherte Person das Recht, ohne erneute Risikoprüfung in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit Alterungsrückstellung und gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen.

Endet die Versicherungspflicht in der GKV bzw. der Anspruch auf Familienversicherung, kann jede nach diesem Tarif versicherte Person ohne erneute Risikoprüfung in eine Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen und in die private Pflegepflichtversicherung wechseln.

Will der Versicherungsnehmer von diesem Optionsrecht Gebrauch machen, so muß die Umstellung innerhalb von zwei Monaten nach Fortfall der Versicherungspflicht in der GKV bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluß an den Fortfall der Versicherungspflicht in der GKV bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam. Die Umstellungsfrist verlängert sich auf sechs Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend wirksam werden soll.

Das Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 94 entfällt. Die besonderen Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 MB/KK 94 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sämtliche Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten gemäß Abschnitt B II.

B) Leistungen des Versicherers

Erfolgt für Krankenhausaufenthalte gemäß I 1 b keine Leistung durch die GKV, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

I. Kosten stationärer Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die

- Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer, privatärztliche Behandlung, ambulante Operationen und Krankentransporte,
- Mehrkosten für Krankenhausleistungen, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen.

Verzichtet eine versicherte Person auf die Wahlleistung Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung, so erhält sie je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 36,- Euro ausgezahlt.

Bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer werden die Kosten gesondert berechenbarer Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung erstattet.

2. Erläuterungen

a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie gesondert berechenbare Leistungen der Belegärzte, Beleghebammen und Belegentbindungspfleger im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzellen, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Ein- bzw. Zwei-Bett-Zimmer.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

c) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

d) Ambulante Operationen

Die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß §115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

e) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

II. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung, und zwar für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker);
- Arznei, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinischen Packungen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: kosmetische Mittel sowie Nähr- und Stärkungsmittel;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen sowie Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Kraftfahrzeug in das nächstreichbare, für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person in das Inland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt.

Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern die Begleitung medizinisch notwendig war oder von der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder die Kosten, die im Todesfall des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch die Überführung in das Inland entstehen, oder die Kosten, die durch die Bestattung am Sterbeort entstehen. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu 10.226,- Euro.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, daß der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 94 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlaßten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 94 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 6 Abs. 3 VVG genannten Einschränkungen ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 94).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Krankheiten und Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für psychosomatische Behandlung (z. B. Hypnose, autogenes Training) und Psychotherapie;
- für Entbindung (ausgenommen Frühgeburt) und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen;
- für Hilfsmittel, z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw. mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

6. Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne von § 6 Abs. 4 MB/KK 94 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn,

die versicherte Person weist durch Bankbelege nach, daß sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Von dem auf die Vollendung des 15., 20., 25., 30. und 35. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten. Soweit Duplikatrechnungen vorgelegt werden, muß die Vorleistung eines anderen Kostenträgers betragsmäßig bestätigt sein.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

5. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 94

- können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt;
- werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung privatärztlicher Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach dem Tarif SV

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagesgeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 1 und 2 MB/KK 94 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 94 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muß – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

4. Erlaß der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person auf einem Vordruck des Versicherers vorgelegt wird.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden bei Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen unabhängig von der gewählten Unterkunft die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif AV1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. abgeschlossen werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 94 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Die Versicherung endet auch mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 35. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

3. Optionsrecht und Ende der Versicherung

Hat die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen 4 volle Kalenderjahre bestanden, hat die versicherte Person das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu Beginn des folgenden Kalenderjahres in eine Krankheitskostenversicherung mit höheren

Leistungen und in die private Pflegepflichtversicherung zu wechseln. Dabei finden die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) Anwendung. Während der Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind – mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen – ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet, wenn der Wechsel nicht spätestens bis zum 31.12. des Kalenderjahres beantragt wird, in dem dieser Tarif ununterbrochen mindestens 4 volle Kalenderjahre bestanden hat.

4. Beitragszahlung

Der Beitrag für diesen Tarif beträgt unabhängig vom Alter der versicherten Person monatlich 3,- Euro für Männer und monatlich 3,50 Euro für Frauen.

5. Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für diesen Tarif nicht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif SII

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen (Auszug aus SI, SII, SIII)

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 94 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muß – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Höherstufungen und Vertragsweiterungen.

4. Höherstufungen und Vertragsweiterungen

Bei Höherstufungen und Vertragsweiterungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 94) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 94 gilt entsprechend.

5. Wartezeiterlaß aufgrund eines Attestes

Sofern der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf vorgeschriebenem Formular vorlegt, können die Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 94 erlassen werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

Die Mindestversicherungssumme für das Krankenhaustagegeld beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

2. Leistungsdauer

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden medizinisch notwendigen vollstationären Aufenthaltstag im Krankenhaus bei Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als vollstationär.

Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren zu 25 % gezahlt. Die Notwendigkeit der stationären Kur muß vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Anstalt mit ausreichenden Einrichtungen für die Durchführung von Kuren erfolgen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31.12. des abzurechnenden Jahres mindestens ein Jahr bestanden hat und

4. deren Versicherung am 1.7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

2. Beitragsanpassung

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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung SII bedeuten die Höhe des versicherten Krankentagegeldes.

Beispiel:

SII/20 = Krankentagegeld von 20,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Kurkosten nach dem Tarif KS

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a. G. abgeschlossen werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung, zu der dieser Tarif abgeschlossen wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.

3. Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Versicherungsjahr des Krankheitskostentarifs, zu dem dieser Tarif abgeschlossen wurde. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 6 Monate.

5. Versicherungsumfang/Höherstufungen

Der Mindesttagessatz beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich. Bei Höherstufungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung, MB/KK 94) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 der MB/KK 94 gilt entsprechend.

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die

Behandlungskosten

– Kosten für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel –

Aufenthaltskosten

– Unterkunfts-, Verpflegungskosten sowie Kurtaxe –

soweit die Erstattung vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen

- Kuraufenthalt und -durchführung müssen in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder einem diesem vergleichbaren Haus, das nach § 30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, stattfinden.
- Die Kur muß innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 14tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.

3. Leistungsumfang

Die Versicherungsleistung beträgt bei Nachweis der erstattungsfähigen Kosten

- bis zu 100 % des versicherten Tagessatzes, wenn **beide** besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,
- bis zu 50 % des versicherten Tagessatzes, wenn **eine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist,
- bis zu 25 % des versicherten Tagessatzes, wenn **keine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist.

Zu a): Leistungsdauer je Versicherungsfall bis zu 28 Tagen,

Zu b) und c): Leistungsdauer je Leistungsperiode bis zu 28 Tagen; eine etwa in Anspruch genommene Leistungsdauer gemäß a) wird angerechnet.

4. Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Kurbehandlung; er beginnt mit ihrer ärztlich festgestellten Notwendigkeit und gilt mit ihrer Beendigung als abgeschlossen.

5. Leistungsperiode

Jede Leistungsperiode umfaßt zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre. Die erste Leistungsperiode endet mit dem Schluß des Kalenderjahres, das auf den Versicherungsbeginn folgt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Sie beträgt je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro

4. Rechnungsbelege

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Originalrechnungen nachzuweisen. Die Rechnungen müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungsdauer, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Behandler sind mit den angefallenen Arznei- und Heilmittelrechnungen zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

- die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
- deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
- deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
- deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierfassung

1. Beitragsanpassung

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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe der versicherten Leistung ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung KS erkenntlich.

Beispiel:

KS/10 = Leistung bis zu 10,- Euro täglich.

KS/30 = Leistung bis zu 30,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kurtagegeldversicherung bei stationären Kuren nach dem Tarif KS1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 94 besteht Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin und nach Zusage des Versicherers auch im europäischen Ausland (Abschnitt B 1 a).

Ein ordentliches Kündigungsrecht durch den Versicherer besteht nicht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsumfang

Das Mindestkurtagegeld beträgt 3,- Euro. Erhöhungen um je 1,- Euro sind möglich. Die Höhe des versicherten Kurtagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 94).

Bei Abschluß dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen ist für Mehrleistungen die Wartezeit (§ 3 Abs. 2 MB/KK 94) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 94 gilt entsprechend.

6. Erlaß der Wartezeit bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeit gemäß § 3 Abs. 2 MB/KK 94 kann erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

- die Zahlung nach Möglichkeit vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird. Sofern ein Träger der Sozialversicherung oder die Festsetzungsstelle eines Beihilfegebers eine stationäre Kurbehandlung genehmigt hat und sich an den Kosten beteiligt, kann statt des ärztlichen Attestes der Nachweis über diese Bewilligung vorgelegt werden.

Die Zusage wird auch für stationäre Kurbehandlungen in europäischen Ländern erteilt, wenn Kurkrankenanstalten aufgesucht werden, die mit inländischen Häusern vergleichbar sind.

- b) Das versicherte Kurtagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt, wenn die Kur unter den Voraussetzungen von Buchstabe a innerhalb von 2 Monaten nach einer mindestens 21-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten wird.

2. Leistungsdauer

Das versicherte Kurtagegeld wird je Leistungsperiode für höchstens 30 Tage gezahlt. Jede Leistungsperiode umfaßt 3 aufeinanderfolgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 94).

Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Beitragszuschlag

Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.

3. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Kurbehandlung muß nach ihrem Abschluß durch eine Bescheinigung der Kurkrankenanstalt über die Dauer und des behandelnden Arztes über die Diagnose und die Art der Behandlung nachgewiesen werden.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsvoraussetzung

- a) Das versicherte Kurtagegeld wird gezahlt, wenn
 - eine medizinisch notwendige stationäre Kurbehandlung in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte) stattfindet, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, und

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres minde-

stens ein Jahr bestanden hat und

- deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, daß sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Tarifierpassung

1. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistun-

gen 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 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Im übrigen findet § 8 b MB/KK 94 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 94 bleibt unberührt.

Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder eine mit dieser vergleichbare Tätigkeit ausüben

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Änderungen:

- Versicherungsfähig sind – soweit sie das 21. Lebensjahr vollendet und solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben –
 - Personen, die in der Ausbildung zu einem anerkannten Beruf stehen und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen – haben;
 - Personen, die als Arzt im Praktikum tätig sind (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 Approbationsordnung für Ärzte);
 - Studenten, die keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben;
 - nicht berufstätige Ehegatten der unter a – c genannten Personen.
 - Abweichend von Satz 1, erster Halbsatz, sind Beamte auf Widerruf auch zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr versicherungsfähig, wenn die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen zu den Tarifen GSB1 oder GSB2 abgeschlossen wird. Die weiteren Bestimmungen des Satzes 1 gelten unverändert.
- Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Besonderen Bedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. und 30. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.
- Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer in Nr. 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Hinsichtlich der Studenten (Nr. 1c) endet sie spätestens zum Ende des Monats, in dem das 12. Fachsemester abgeschlossen wird; in begründeten Ausnah-

mefällen (z. B. Abschluß einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.

- Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach den vereinbarten Tarifen weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 MB/KK 94. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt der Weiterführung an mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Nr. 1 dieser Besonderen Bedingungen innerhalb einer Frist von einem Monat schriftlich mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die Versicherungsfähigkeit zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.
- Besteht im Anschluß an die Ausbildung gemäß Nr. 1 Arbeitslosigkeit, so ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für 18 Monate und längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, die Fortführung der Besonderen Bedingungen möglich. Insoweit kann der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen der bestehenden Tarife in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt wird. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für den erweiterten Versicherungsschutz. Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.
- Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung:

AZ SII/20 = Besondere Bedingungen zum Krankenhaustagegeldtarif SII mit einem Krankenhaustagegeld von 20,- Euro täglich.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Für Tarife, die geschäftsplanmäßig eine Anwartschaftsversicherung vorsehen, kann diese bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienhilfe, freier Heilfürsorge, längerem Auslandsaufenthalt oder vergleichbaren Gründen abgeschlossen werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder neue Rechte zu begründen.
2. Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen. Sie endet mit Aufleben des Tarifs. Eine vorzeitige Übernahme in den vereinbarten Tarif oder eine Verlängerung kann nur mit Zustimmung des Versicherers erfolgen.
3. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherte – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – aus dem vereinbarten Tarif leistungsfrei.
4. Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
5. Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
6. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

7. Der Anwartschaftsbeitrag beträgt
 - für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre) 5 %
 - für Männer (21–65 Jahre) 30 %*
 - für Männer (ab 66 Jahre) 5 %
 - für Frauen (21–65 Jahre) 20 %*
 - für Frauen (ab 66 Jahre) 5 %

vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

Von dem auf die Vollendung des 20. und 65. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gilt der Prozentsatz der nächsthöheren Altersgruppe.

Die genannten Prozentsätze können sich bei Beitragsveränderungen, insbesondere Beitragsanpassungen, mit Zustimmung des Treuhänders ändern.

8. Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder nicht in den vereinbarten Tarif umgewandelt, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.
9. Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung sind die vollen tariflichen Beiträge, die sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergeben, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.
10. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Zeit der Anwartschaftsversicherung nicht.
11. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

*) Abweichend von diesen Prozentsätzen beträgt der Anwartschaftsbeitrag für die Tarife CE und SV für Männer (21-65 Jahre) 25% und für Frauen (21-65 Jahre) 15%.

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 1994 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 94) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter können zu allen für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, für die eine Alterungsrückstellung gemäß § 8 a Abs. 2 MB/KK 94 zu bilden ist.
2. Versicherungsfähig sind alle Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Die Besonderen Bedingungen können bis zum Alter von 64 Jahren vereinbart werden.
3. Als monatliche Beitragsermäßigung kann ein Betrag von mindestens 5,- Euro und höchstens 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags für den Tarif, in dem diese Besonderen Bedingungen gelten, vereinbart werden.
4. Die monatlichen Beitragsraten für die Besonderen Bedingungen richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter und ergeben sich aus der Beitragsübersicht in der jeweils geltenden technischen Berechnungsgrundlage.
5. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, verringern sich die monatlichen Beitragsraten der Krankheitskostenversicherung um die vereinbarte Beitragsermäßigung, maximal um 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags.
6. Bei erstmaligem Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bzw. Erhalt von Pensionsbezügen kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn dieses Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe

der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

7. Zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn eines in diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.
8. Das Wirksamwerden der Beitragsermäßigung vermindert nicht den eventuellen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder einen Leistungsfreiheitsabbatt; demzufolge wird für die Ermittlung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder des Leistungsfreiheitsrabattes der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen nicht mitgerechnet.
9. Bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen kann sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ändern.
10. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter enden mit der Beendigung des Tarifs der Krankheitskostenversicherung, in dem sie vereinbart sind, falls kein anderer Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgeführt wird. Gegenseitige Rechte und Pflichten bestehen dann aus den Besonderen Bedingungen nicht mehr.
11. Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der betroffenen Tarife durch BE ergänzt.

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer gewährt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld oder Ersatz von Aufwendungen für Pflege sowie sonstige Leistungen, die von der Pflegepflichtversicherung gemäß Sozialgesetzbuch XI erfaßt werden, mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zusätzlich sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen erstattungsfähig.
- b) Versicherungsfall ist die im Rahmen der Pflegepflichtversicherung festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.
- c) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- d) 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 Antrages spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (A III 1). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Zuschlag (A II 2 c und d) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluß des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- b) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- c) 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 Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- d) Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepaßt. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

3. Umfang des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere denen der Pflegepflichtversicherung.

4. Einschränkung der Leistungspflicht

Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- b) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang zu den MB/KK 94 und den MB/PPV 1996).
- c) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, es sei denn er hat begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders.
- d) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, daß der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
- e) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

6. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- b) Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.
- c) 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.
- d) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor Versicherungsbeginn.
- e) Für Neugeborene, die gemäß Abschnitt I 2 b ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

- f) 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.
- g) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- h) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- i) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- j) Für erschwerte Risiken können Zuschläge vereinbart werden.
- k) Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

2. Beitragsberechnung

- a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- b) 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.
- c) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Zuschläge entsprechend ändern.
- d) 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.

3. Beitragsanpassung

- a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern oder der Häufigkeit von Pflegefällen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Zuschlag entsprechend geändert werden.
- b) Eine Erhöhung der Beiträge gemäß Abs. a ist mit Zustimmung des Treuhänders auch dann zulässig, wenn aufgrund von Leistungser-

weiterungen der sozialen Pflegeversicherung eine nachhaltige Verschlechterung des geschäftsplanmäßig zu beobachtenden Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden bevorsteht.

- c) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen (weniger als 10.000 nach diesem Tarif versicherte natürliche Personen), wird dem Vergleich gemäß Abs. a die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.
- d) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- e) Anpassungen nach den Abs. a oder b werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

4. Obliegenheiten

- a) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- b) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- c) 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.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- a) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in den Abs. 4 a und b genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- b) Wird die in Abs. 4 c genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Ansprüche gegen Dritte

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

7. 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.

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarifstufen beschränkt werden.
- c) 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 Lebensaltersgruppe 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.
- d) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen gemäß Abschnitt IV 3, 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- e) 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.
- f) 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.

2. Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

3. Sonstige Beendigungsgründe

- a) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegzug des Versicherungsnehmers aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers, es sei denn, daß eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Bei Wegzug einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

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

2. Klagefrist / Gerichtsstand

- a) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- b) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- c) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebes hat.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- a) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen; eine Änderung ist nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Klagefrist und Gerichtsstand betrifft,
 - bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden; eine Änderung ist nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Klagefrist und Gerichtsstand betrifft.
- b) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- c) Änderungen nach Abs. a werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- d) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. c gilt entsprechend.

V. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben und in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 50 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe der Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung gemäß Abs. 1 und 2 ist abhängig von der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung der versicherten Person und von der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % der Vorleistung. Maximal können 20 Tarifstufen abgeschlossen werden. Die Zahl hinter dem Schrägstrich entspricht der Anzahl der versicherten Tarifstufen (z. B.: PZ/10 = 10 Stufen = 100 %).

Erfolgt keine Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1. Pflegegeld

Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes ergibt sich aus der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine versicherte Tarifstufe entspricht 10 % des von der Pflegepflichtversicherung gezahlten Pflegegeldes.

Beihilfeberechtigte erhalten das Pflegegeld, das eine nicht beihilfeberechtigte Person bei gleichem versicherten Prozentsatz erhalten würde.

2. Kostenerstattung

Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall die entstandenen Kosten – bei stationärer Pflege auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (siehe A I 1 a) –, die über die Leistungen hinausgehen, die die versicherte Person von der Pflegepflichtversicherung und an Beihilfe erhält, bis zu der versicherten Höchstsumme.

Die Höchstsumme ergibt sich aus der Anzahl der versicherten Tarifstufen. Eine versicherte Tarifstufe entspricht 10 % der Vorleistung der Pflegepflichtversicherung.

Bei Beihilfeberechtigten entspricht eine versicherte Tarifstufe 10 % der Vorleistung, die eine nicht beihilfeberechtigte Person aus der Pflegepflichtversicherung erhalten würde.

II. Nachweis der Vorleistung

Der Versicherungsnehmer muß die Höhe der Vorleistung durch die Pflegepflichtversicherung und die Beihilfe nachweisen. Die Belege müssen in Urschrift vorgelegt werden, spezifiziert sein und insbesondere den Vor- und Zunamen der gepflegten Person enthalten.

