

Frau
Katja Beamtin

09.02.2011

Sehr geehrte Frau Beamtin,

wenn es um Ihre finanzielle Sicherheit geht, sind wir der richtige Partner für Sie.

Damit Sie auf einen Blick sehen, was geleistet wird und was Sie dafür aufwenden, haben wir ein speziell auf Ihren Bedarf abgestimmtes, unverbindliches Angebot beigefügt.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Wir erwarten mit Interesse Ihre Entscheidung.

Mit freundlicher Empfehlung



Finanzstärke und Leistungsfähigkeit schaffen **Sicherheit für unsere Kunden:**

Die renommierte Rating-Agentur Fitch bestätigt der AXA Krankenversicherung AG bereits im 6. Jahr in Folge eine sehr **starke Finanzkraft**. PremiumCircle, der Spezialist für objektive Analysen von Versicherungsbedingungen, stuft das Tarifwerk von AXA im Marktvergleich als ein **TOP-Produkt** ein. Davon profitieren auch die Kunden der Zweigniederlassung DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung.

Vorschlag zur KRANKENVERSICHERUNG

bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung
Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG

Der Vorschlag gilt vorbehaltlich Ihrer Antragstellung, der Antragsprüfung sowie der Antragsannahme

**Für Frau
Katja Beamtin**

Geboren am 01.01.1981

Der Versicherungsschutz ist abgestimmt auf die Beihilfavorschriften als Beihilfeberechtigter mit max. 1 Kind des Bundes.

Ihr Beihilfebemessungssatz

- | | |
|--|------|
| - bei ambulanter Heilbehandlung | 50 % |
| - bei zahnärztlicher Behandlung | 50 % |
| - bei Krankenhausaufenthalt im Mehrbettzimmer (Regelleistungen) gekürzt um EUR 10,00 | 50 % |
| - bei Krankenhausaufenthalt im Zweibettzimmer (Wahlleistungen) gekürzt um EUR 14,50 | 50 % |

Unser Vorschlag für Sie (Beginn 01.03.2011)	Tarif	Beitrag in EUR monatlich
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung		
50% für ambulante Behandlungen	VisB50-NT	158,36
50% für stationäre Behandlungen (Regelleistungen)		
50% für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie		
Option auf höheren Versicherungsschutz		
Gesetzlicher Zuschlag		9,50
Stationäre Heilbehandlung, Ergänzung		
50% für Behandlung durch den Chefarzt oder Spezialisten	BW250-NT	13,90
Freie Krankenhauswahl		
Unterbringung im Zweibettzimmer		
Gesetzlicher Zuschlag		0,83
Beihilfeergänzung		
Beihilfeergänzung	BN3/2 50-N	4,84
Gesetzlicher Zuschlag		0,48
Pflegepflichtversicherung		
Tarifbeitrag	PVB	11,29
Krankenhaustagegeld		
EUR 20,00 Krankenhaustagegeld	KHTE-N/020	4,66
<hr/>		
Summe der monatlichen Beiträge		193,05
Gesetzlicher Zuschlag zur Sicherung der Beiträge im Alter		10,81
Monatlicher Gesamtbeitrag inklusive gesetzlichem Zuschlag		203,86

Tarifbeschreibung zum Vorschlag zur KRANKENVERSICHERUNG

bei der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung

Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG vom 09.02.2011

Für **Katja Beamtin, 01.01.1981**

Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung (Tarif Vision B-N)

die Krankenversicherung für Beamtinnen und Beamte – mit medizinischem Service.

Ambulant (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- die Kosten für Arzt- und Heilpraktikerbehandlung (bei freier Arzt- und Heilpraktikerwahl)
- die Kosten für Arznei- und Verbandmittel
- die Kosten für Physikalisch-medizinische Behandlungen, z.B. Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik
- die Kosten für Hilfsmittel
- die Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen
- Schutzimpfungen
- Psychotherapie durch niedergelassene Ärzte mit psychotherapeutischer Facharztausbildung oder entsprechender Zusatzqualifikation, approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten

Medizinische Serviceleistungen

- Information bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung
- Informationen über Behandlungsmethoden
- Nennen von Behandlern
- Hilfe bei der Terminvereinbarung

Besondere Leistungsaussagen:

- GOÄ-Begrenzung:
tarifliche Leistungen erfolgen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte
Leistungen der Heilpraktiker werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet.
- Homöopathie:
tarifliche Erstattung bei Verordnung durch Arzt/Heilpraktiker
- Arznei- und Verbandmittel sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR zu 80% erstattungsfähig. Darüber hinaus zu 100%. (Bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres entfällt die 80%-Regelung.)
- Bagatell-Medikamente: volle tarifliche Leistung bei Verordnung durch Arzt oder Heilpraktiker, sofern medizinisch notwendig und der Selbstbehalt bereits voll erfüllt ist.
- Physikalisch-medizinische Behandlungen: Erstattung bis zur Höhe der nach den Beihilfavorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätze.
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) werden ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR je Kalenderjahr erstattet.
- Hörgeräte sind innerhalb von 3 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 EUR pro Ohr erstattungsfähig
- Erstattungsfähige Hilfsmittel:
Sofern die Beschaffung über den Versicherer erfolgt (Sehhilfen, Hörgeräten beispielsweise ausgenommen) sind 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig – bei anderweitiger Beschaffung kann die Erstattung auf 80% des versicherten Prozentsatzes gekürzt werden.
- tarifliche Leistungen bei von der STIKO empfohlenen Impfungen; ausgenommen Impfungen für Fernreisen
- Psychotherapie: Erstattungsfähig sind je Behandlungsfall bis zur 30. Therapiesitzung 100%, ab der 31. Therapiesitzung 80% der Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland geltenden Gebührenordnung. Eine Zusage vor Behandlungsbeginn ist nicht erforderlich.

Stationär (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen (bei freier Wahl des Krankenhauses) (jedoch ohne die Wahlleistungen)
- die Kosten für einen medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, sowie für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport aus dem Ausland
- Die häusliche Grund- und Behandlungspflege ist dann erstattungsfähig, wenn hierdurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Ferner darf kein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit bestehen. Erstattungsfähig sind für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung Vergütungen bis maximal 50,00 EUR täglich für höchstens 14

Tage je Behandlungsfall. Für die Behandlungspflege gibt es **keinen** erstattungsfähigen Höchstbetrag.

Medizinische Serviceleistungen

- Nennung von Krankenhäusern
- Information zu Behandlungsmethoden
- Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- Organisation des notwendigen Rücktransportes

Besondere Leistungsaussagen:

- Anstalten, gemischte:
Leistung im Falle einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Behandlung nach Herztransplantation, Bypassoperation, akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt, Bandscheibenoperation, Gelenkersatzoperation, Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall), schweren Schädel-Hirnverletzungen oder Krebsoperation bzw. -bestrahlung. Ferner leisten wir bei Aufnahme infolge Unfalls oder akuter Behandlungsbedürftigkeit. Bei medizinisch notwendiger Psychotherapie leisten wir, sofern wir vor Beginn der Behandlung Leistungen schriftlich zugesagt haben.
- Rücktransport Ausland:
ja, bei medizinischer Notwendigkeit zur stationären Behandlung in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland
- Schwangerschaftsunterbrechung:
tarifliche Leistung bei medizinischer, genetischer und kriminologischer Indikation
- Sterilisation:
tarifliche Leistung bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit
- Weltgeltung:
6 Monate, darüber hinaus solange Transportunfähigkeit besteht
Zahn (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Zahnärztliche Behandlung (Leistungshöhe: je nach versichertem Prozentsatz)

Erstattet werden:

- nach der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete prophylaktische zahnärztliche Leistungen (Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärteten Kunststoffen).
- die Kosten für Zahnbehandlung
- die Kosten für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- die Kosten für Implantate. Die Leistung ist beschränkt auf zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate). In Ausnahmefällen werden die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattet (mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese).
- GOZ-Begrenzung:
tarifliche Leistungen erfolgen bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte
- Material- und Laborkosten bis zur Höhe der im Preisverzeichnis angegebenen Beträge

Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Implantate ab einem Rechnungsbetrag von 1.000 EURO ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte.

Zahnstaffel gilt für:

- Zahnersatz, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, Kieferorthopädie entfällt bei Unfällen.
- in den ersten 24 Monaten sind Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR erstattungsfähig
- in den ersten 48 Monaten sind Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig

Medizinische Serviceleistungen:

- Information über Behandlungsmethoden
- Nennung von Behandlern
- Hilfe bei Terminvereinbarung

Auszahlungsverfahren:

Belege können eingereicht werden, sobald die eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200,00 EUR übersteigen. Erreichen die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege unabhängig von diesem Erstattungsbetrag eingereicht werden.

Umwandlungsoption

Sie können zu bestimmten Anlässen ohne erneute Gesundheitsprüfung Ihren Tarif in einen umfassenderen oder höherwertigeren

Krankenversicherungsschutz umstellen. Anlässe sind:

- Erste Verbeamtung auf Probe bzw. auf Zeit
- Einmalig bei Eheschließung
- Geburt eines Kindes
- Beginn der Berufsausbildung eines Kindes
- Wegfall des letzten Kindes aus der Beihilfe

Darüber hinaus können Sie zu Beginn des 6. Versicherungsjahres in einen umfassenderen oder höherwertigeren Krankenversicherungsschutz umstellen, wenn der Versicherungsschutz 5 Jahre ununterbrochen bestanden hat und nicht im Rahmen einer Kindernachversicherung abgeschlossen wurde. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Tarifblatt.

Beitragsrückerstattung

Tarife, Verwendung und Höhe der Beitragsrückerstattung werden jährlich vom Vorstand des Versicherers neu festgelegt; für 2010 gilt (vorbehaltlich Zustimmung des Treuhänders):

Unter folgenden Voraussetzungen können Sie für Tarif Vision B-N eine Beitragsrückerstattung erhalten:

- Aus Tarif Vision B-N werden von Ihnen während des gesamten Kalenderjahres - außer für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen - keine Leistungen in Anspruch genommen und
- der Tarif Vision B-N bleibt während des gesamten Kalenderjahres ununterbrochen versichert und
- der Tarif Vision B-N bleibt über das Jahr hinaus mindestens bis zum 30.06. des folgenden Jahres weiter versichert.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung bemisst sich an dem von Ihnen durchschnittlich im Jahresverlauf gezahlten Monatsbeitrag für Tarif Vision B-N ohne gesetzlichen Zuschlag. Sie erhalten 50% des vierfachen durchschnittlichen Monatsbeitrags.

Sofern Sie Vision B-N als Ausbildungstarif versichert haben, erhalten Sie stattdessen 50% der gezahlten Beiträge für alle versicherten Ausbildungstarife mit Ausnahme des Krankenhaustagegeldes.

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nur bei Tarifen mit Leistungsanspruch – also nicht bei einer Anwartschaftsversicherung.

Die Beitragsrückerstattung wird im Herbst des folgenden Jahres ausgezahlt.

Verhaltensbonus (gilt nicht für Ausbildungstarife)

Tarife, Verwendung und Höhe der Verhaltensboni werden jährlich vom Vorstand des Versicherers neu festgelegt; für 2010 gilt:

Versicherte ab 20 Jahre können folgende Verhaltensboni bekommen:

50 EUR jedes 2. Jahr, wenn Sie im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung einen Body-Maß-Index im Normalbereich nachweisen. Diesen Bonus können Sie erstmalig im 2. Versicherungsjahr bekommen.

Unabhängig vom Alter ist zusätzlich der folgende Bonus möglich:

50 EUR pro Jahr bei Vorlage eines aktuellen deutschen Sportabzeichens

Stationäre Heilbehandlung; Ergänzung (Tarif BW2-N)

Erstattet werden gemäß dem versicherten Prozentsatz

- die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt.
Erstattung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus bei rechtsgültiger Vereinbarung gemäß §2 GOÄ
In diesem Rahmen werden auch nach Anrechnung von Beihilfeleistungen verbleibende Kosten erstattet.
- Werden keine Wahlleistungen im vereinbarten Umfang in Anspruch genommen, besteht neben der Kostenerstattung ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

Beihilfeergänzung (Tarif BN3-N)

In diesem Tarif erstatten wir nach Vorleistung durch die Beihilfe und unter Anrechnung der Leistungen aus dem Tarif Vision B die verbleibenden Aufwendungen für

- für Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)
Diese sind üblicherweise bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) beihilfefähig. Heilpraktiker stellen jedoch in der Regel höhere Kosten in Rechnung. Der Tarif BN3 leistet für den verbleibenden Kostenanteil, wenn der Heilpraktiker einen höheren Satz innerhalb des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker berechnet.
- Hilfsmittel gemäß dem für Tarif Vision B-N genannten Hilfsmittelkatalog.
Sofern die Beschaffung über den Versicherer erfolgt (Sehhilfen, Hörgeräten beispielsweise ausgenommen) sind 100% des versicherten Prozentsatzes erstattungsfähig – bei anderweitiger Beschaffung kann die Erstattung auf 80% des

- versicherten Prozentsatzes gekürzt werden.
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen). Die im Tarif Vision B vereinbarten Höchstsätze gelten auch für den Tarif BN3 (diese sind: Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) werden ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 EUR, bis zum 15. Lebensjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 EUR je Kalenderjahr erstattet).
- Hörgeräte. Die im Tarif Vision B vereinbarten Höchstsätze gelten auch für den Tarif BN3 (diese sind: Hörgeräte sind innerhalb von 3 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 EUR pro Ohr erstattungsfähig)
- für besonders berechnete Material- und Laborkosten bei Zahnersatz entsprechend der Zahn-Sachkostenliste II.
- Die Aufwendungen für Material- und Laborkosten sind in der Regel nur noch zwischen 40% und 60% bis zur angemessenen Preislage beihilfefähig (Abweichungen in einzelnen Bundesländern). Der Tarif Vision BN3 leistet den verbleibenden Kostenanteil, soweit die Material- und Laborkosten die in der Zahn-Sachkostenliste II angegebenen Rechnungshöchstbeträge nicht übersteigen. Erstattungsfähig sind nur die Aufwendungen, für die ein Leistungsanspruch nach Tarif Vision B besteht. Die Zahnstaffel des Tarifes Vision B findet auch in der Tarifgruppe BN3 Anwendung.

Behandlungen bei Auslandsaufenthalten

Die Beihilfe erkennt Kosten für die Heilbehandlung bei privaten Auslandsreisen maximal bis zum ortsüblichen Satz im Inland an. Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland sind nicht beihilfefähig. Der Tarif Vision BN3 erstattet nach Vorlage der Rechnungen sowie des entsprechenden

Beihilfebescheids bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland bis zu 6 Monaten Dauer die

- verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung und medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport,
- außerdem Überführungskosten der Leiche beim Tod der versicherten Person im Ausland bis zu 10.000,00 EUR oder
- Bestattungskosten im Ausland bis zu 5.000,00 EUR.

Selbstbeteiligungen und Kostendämpfungspauschalen des Beihilfberechtigten sind nicht erstattungsfähig.

Pflegepflichtversicherung für Beihilferechtigte (Tarif PVB)

1. Häusliche Pflege (incl. Beihilfeanspruch)

Bei Pflegebedürftigkeit werden entweder die Kosten für die Pflege durch eine Fachkraft erstattet, oder ein Pflegegeld für die Pflege durch Laien (Verwandte/Freunde) gezahlt. Eine Kombination ist ebenfalls möglich. Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflege durch Fachkraft		Pflege durch Laien	
Pflegestufe 1 :	440,00 EUR	Pflegestufe 1 :	225,00 EUR
Pflegestufe 2 :	1.040,00 EUR	Pflegestufe 2 :	430,00 EUR
Pflegestufe 3 :	1.510,00 EUR*)	Pflegestufe 3 :	685,00 EUR

*) In Ausnahmefällen bis 1.918,00 EUR

Bei Verhinderung einer Pflegeperson z.B. durch Unfall, sind Leistungen bis 1.510,00 EUR je Kalenderjahr vorgesehen.

2. Betreuungskosten (incl. Beihilfeanspruch)

Liegt ein erheblicher Betreuungsbedarf vor und noch keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe I, II oder III, so wird für Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert werden oder förderungsfähig sind, ein Betrag bis zu 100,00 EUR (Grundbetrag) oder 200,00 EUR (erhöhter Betrag) monatlich erstattet.

3. Teilstationäre Pflege (incl. Beihilfeanspruch)

Bei Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen in Pflegeheimen erstattet. Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegestufe I :	440,00 EUR
Pflegestufe II :	1.040,00 EUR
Pflegestufe III :	1.510,00 EUR

4. Stationäre Pflege (incl. Beihilfeanspruch)

Bei Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen in Pflegeheimen erstattet. Die monatlichen Höchstsätze sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt:

Pflegestufe I :	1.023,00 EUR
Pflegestufe II :	1.279,00 EUR
Pflegestufe III :	1.510,00 EUR *)

*) In Ausnahmefällen bis 1.825,00 EUR

5. Hilfsmittel und Verbesserung des Wohnumfeldes (incl. Beihilfeanspruch)

Erstattungsfähig sind der in der gesetzlichen Pflegeversicherung mögliche Selbstbehalt für technische Hilfsmittel, Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bis monatlich 31,00 EUR sowie Aufwendungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bis 2.557,00 EUR je Maßnahme.

Krankenhaustagegeld (Tarif KHTE-N)

Für den Fall einer stationären Heilbehandlung bringt eine Krankenhaustagegeldversicherung viele Vorteile. Die Auszahlung ist steuerfrei und kann nach Ihren Wünschen genutzt werden, z.B. für

- zusätzlichen Service im Krankenhaus wie Telefon, TV, Taxikosten für die Familie
- Beschäftigung einer Haushaltshilfe
- Ausgleich für entgangene Überstundenzulagen, Provisionen, Spesen
- die Zahlung von Zuschlägen z.B. für die Unterbringung im Einbettzimmer

Sie erhalten das versicherte Krankenhaustagegeld für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.

Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.

Wir zahlen das Krankenhaustagegeld auch bei Psychotherapie, soweit sie in einem öffentlichen und privaten Krankenhaus durchgeführt wird, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, jedoch für höchstens 30 Behandlungstage im Kalenderjahr.

Übersicht der Bestimmungen und Informationen zu Ihrem Vertrag

Versicherungs- nehmer/-in	Frau Katja Beamtin	Geburtsdatum 01.01.1981
Bestimmungen und Informationen	Vor Antragstellung wurden Ihnen die nachfolgend aufgeführten Bestimmungen und Informationen ausgehändigt:	
	PIB VisB50-NT	Produktinformationsblatt VisB50-NT
	PIB BW250-NT	Produktinformationsblatt BW250-NT
	PIB BN3/2 50-N	Produktinformationsblatt BN3/2 50-N
	PIB PVB	Produktinformationsblatt PVB
	PIB KHTE-N/020	Produktinformationsblatt KHTE-N/020
	VI	Vertragsinformationen
	T21001961	Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz
	T21003844	Informationsblatt der Bundesaufsichtsbehörde
	VG404	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
	VG466	Tarifblatt Tarife BN3/2-N
	VG400	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
	VG571	Tarifblatt KHTE-N
	VG440	Tarifblatt Tarife Vision B-N
	VG593	Zahn-Sachkostenliste II
	VG243	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung
	VG244	Tarifblatt PVN/PVB
	Anhang_PPV	Anhang Tarif PPV
	VG461	Tarifblatt Tarife BW2-N

**Datum/
Unterschriften**

(Datum)

.....

(Antragsteller/-in bzw. gesetzliche/r Vertreter/-in)

Produktinformationsblatt
Tarif VisB50-NT
der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG
für Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif VisB50-NT ist eine Krankheitskostenversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Das hohe Leistungsniveau dieser Versicherung beinhaltet ambulante und stationäre Heilbehandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker und Psychotherapeuten sowie zahnärztliche Behandlung. Zusätzlich beinhaltet die Versicherung einen umfassenden medizinischen Service.

Die tarifliche Erstattungsstufe erkennen Sie an der Zahl hinter der Tarifbezeichnung Vision B, z.B. 50% = Vision B50-N. Sieht der Tarif unterschiedliche Erstattungsstufen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Leistungen vor, erkennen Sie das an einer vierstelligen Zahl hinter der Tarifbezeichnung Vision B, z.B. 20% (ambulant und zahn) 15% (stationär) = Vision B2015-N. Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A" hinter der Erstattungsstufe, z.B. Vision B50-NA. oder Vision B2015-NA.

Die Kostenerstattung bei einer ambulanten Behandlung übernehmen wir zum versicherten Prozentsatz. Bei Arznei- und Verbandmitteln sind 80 % der Kosten bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr und versicherter Person erstattungsfähig, danach sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig. Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100 % der Kosten für Arznei- und Verbandmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt. Hilfsmittel wie z.B. Sprechgeräte oder orthopädische Fußeinlagen, Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr und Sehhilfen ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,00 Euro, bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,00 Euro, sind im Leistungspaket enthalten.

Für psychotherapeutische Leistungen sind bis zur 30. Therapiesitzung 100 Prozent und ab der 31. Therapiesitzung 80 Prozent erstattungsfähig.

Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird, erstatten wir zum versicherten Prozentsatz. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme den Betrag von 1.000 Euro übersteigt. Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen, gibt es keine Begrenzung nach der Zahnstaffel. Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif für Zahnersatz, Implantate und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für Kieferorthopädie in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 Euro erstattungsfähig.

Im Krankenhaus sind sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären

Behandlung, allerdings ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privatarztes (Allgemeine Krankenhausleistungen) erstattungsfähig.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatliche Prämie	158,36 Euro
<u>Gesetzlicher Zuschlag</u>	<u>9,50 Euro</u>
Monatliche Gesamtprämie	167,86 Euro
Jährliche Gesamtprämie	2.014,32 Euro

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Sind Sie mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, müssen wir Sie mahnen. Ist der Rückstand 2 Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als eine Monatsprämie, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haften wir ausschliesslich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Werden die Beiträge und sonstigen Kosten des Verzuges innerhalb eines Jahres nicht beglichen, setzen wir die Versicherung im Basistarif fort, dies weiterhin mit der oben beschriebenen Leistungsbeschränkung. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionsorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 997,67 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 4,61 Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung, den Beitragseinzug und die Regulierung von Versicherungsfällen. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 4,80 Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich askuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Weitere Informationen zu Obliegenheiten entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 der MBKK.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird ?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.03.2011 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen, wenn sie bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abgeschlossen haben. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.

Produktinformationsblatt
Tarif BW250-NT
der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG
für Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif BW250-NT ist eine Krankheitskostenversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Das hohe Leistungsniveau dieser Versicherung beinhaltet die prozentuale Kostenerstattung für eine privatärztliche Behandlung im Krankenhaus Ihrer Wahl in einem Zweibettzimmer. Zusätzlich beinhaltet die Versicherung einen umfassenden medizinischen Service. Die tarifliche Erstattungsstufe erkennen Sie an der Zahl hinter der Tarifbezeichnung BW2, z.B. 55% = BW2 55-N.

Werden die zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen, so bezahlen wir als Ersatz ein Krankenhaustagegeld.

Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A" hinter der Erstattungsstufe, z.B. BW2 55-NA.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatliche Prämie	13,90 Euro
<u>Gesetzlicher Zuschlag</u>	<u>0,83 Euro</u>
Monatliche Gesamtprämie	14,73 Euro
Jährliche Gesamtprämie	176,76 Euro

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen

einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionsorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 87,57 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 0,69 Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung, den Beitragseinzug und die Regulierung von Versicherungsfällen. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 0,57 Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Weitere Informationen zu Obliegenheiten entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 der MBKK.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird ?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.03.2011 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen, wenn sie bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abgeschlossen haben. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.

Produktinformationsblatt
Tarif BN3/2 50-N
der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG
für Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif BN3/2 50-N ist eine Krankheitskostenversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Das Leistungsniveau dieser Versicherung umfasst nach Anrechnung von Ansprüchen aus der jeweils geltenden Beihilfeverordnung und von Versicherungsleistungen aus dem Tarif Vision B die verbleibenden Aufwendungen für Leistungen der Heilpraktiker und Hilfsmittel im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifes Vision B.

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten sind erstattungsfähig, wenn ein Leistungsanspruch nach Tarif Vision B besteht.

Die Erstattung der verbleibenden Aufwendungen bei einer Heilbehandlung im europäischen Ausland sowie für Heilbehandlungen im außereuropäischen Ausland während vorübergehender Reisen bis zu 6 Monaten Dauer ist ebenfalls abgesichert. Auch ein medizinisch notwendiger Rücktransport ist im Versicherungsschutz enthalten.

In der jeweils geltenden Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbeteiligungen sind nicht erstattungsfähig.

Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A", z.B. BN3/2 20-NA.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatliche Prämie	4,84 Euro
<u>Gesetzlicher Zuschlag</u>	<u>0,48 Euro</u>
Monatliche Gesamtpremie	5,32 Euro
Jährliche Gesamtpremie	63,84 Euro

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Sind Sie mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, müssen wir Sie mahnen. Ist der Rückstand 2 Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als eine Monatsprämie, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Während der Ruhenszeit haften wir ausschliesslich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Werden die Beiträge und sonstigen Kosten des Verzuges innerhalb eines Jahres nicht beglichen, setzen wir die Versicherung im Basistarif

fort, dies weiterhin mit der oben beschriebenen Leistungsbeschränkung. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist mit Aufwendungen verbunden und auch während der Vertragslaufzeit fallen Kosten an. Abschluss- und Vertriebskosten sind Aufwendungen, die im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages entstehen. Hierzu zählen insbesondere Aufwendungen für die Entwicklung von Versicherungsprodukten, Aufwendungen für die Akquisitionsorgane des Versicherungsunternehmens und die Beratung durch den Betreuer, Aufwendungen für die Antragsprüfung sowie die Ausstellung der Versicherungspolice. Hierfür sind einmalig 30,49 Euro für die gesamte Vertragslaufzeit und monatlich 0,19 Euro einkalkuliert. Weitere Kosten umfassen insbesondere die Aufwendungen für die Verwaltung des Versicherungsvertrages im Bestand, die Beratung und Betreuung, den Beitragseinzug und die Regulierung von Versicherungsfällen. Für diese Verwaltungsaufwendungen sind Kosten in Höhe von monatlich 0,16 Euro einkalkuliert. Alle genannten Kosten werden nicht zusätzlich erhoben, sondern sind durch die Prämien gedeckt.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen oder wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wechseln wollen oder müssen. Weitere Informationen zu Obliegenheiten entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 der MBKK.

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird ?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.03.2011 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende kündigen, wenn sie bei einem anderen Versicherer für die versicherte Person einen neuen Vertrag abgeschlossen haben. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn Sie in eine gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen, können Sie den Vertrag auch beenden. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.

**Produktinformationsblatt
Tarif PVB
der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG
für Katja Beamtin, geb. 01.01.1981**

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif PVB ist eine private Pflegepflichtversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistung dieser Versicherung beinhaltet die Übernahme der Kosten für Pflege bei Pflegebedürftigkeit in dem gesetzlich vorgeschriebenen Umfang.

Durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung wird im Falle der Pflegebedürftigkeit eine Einstufung in eine der drei Pflegestufen vorgenommen. Je nach Pflegestufe werden die Kosten für Ihre häusliche oder stationäre Pflege bis zu einem gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbetrag erstattet.

So sind zum Beispiel in der Pflegestufe 3 in einem Pflegeheim bei einem tariflichen Prozentsatz von 50 % maximal 755 Euro monatlich vorgesehen.

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatliche Prämie	11,29 Euro
Gesetzlicher Zuschlag	0,00 Euro
Monatliche Gesamtprämie	11,29 Euro
Jährliche Gesamtprämie	135,48 Euro

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Gerät der Versicherungsnehmer mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie § 8 MB/PPV und dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Allerdings besteht unter bestimmten

Voraussetzungen keine Leistungspflicht des Versicherers. Das ist beispielsweise der Fall, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen bezahlt werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie in § 5 der MB/PPV nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns unverzüglich schriftlich, wenn eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Gleiches gilt, wenn ein beitragsfrei mitversichertes Kind eine Erwerbstätigkeit aufnimmt. Werden wir nicht unterrichtet, verlieren Sie ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2 – 4 VVG (siehe Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz) genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 4 und 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MB/PPV).

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird ?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Anforderung hin alle Informationen und Unterlagen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Die §§ 9 und 11 MB/PPV enthalten noch weitere von Ihnen zu beachtende Obliegenheiten nach dem Leistungsfall deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MB/PPV bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.03.2011 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie haben die Möglichkeit die Pflegepflichtversicherung zu kündigen, wenn die Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung endet. Einzelheiten zu weiteren Kündigungsrechten sowie zu den einzuhaltenden Fristen und den zu erbringenden Nachweisen entnehmen Sie bitte § 13 MB/PPV.

Produktinformationsblatt
Tarif KHTE-N/020
der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA
Krankenversicherung AG
für Katja Beamtin, geb. 01.01.1981

Mit dieser Information geben wir Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Merkmale Ihrer gewünschten Versicherung. Beachten Sie bitte, dass das Produktinformationsblatt nur einen ersten Überblick gibt. Die genannten Prämien gelten unter Vorbehalt und können sich aufgrund einer ggf. durchzuführenden Risikoprüfung noch ändern.

Der Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbedingungen.

1. Um welches Produkt handelt es sich?

Tarif KHTE-N/020 ist eine Krankenhaustagegeldversicherung

2. Welche Leistungen erhalten Sie?

Die Leistungen dieser Versicherung enthalten die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes. Dieses wird in der vereinbarten Höhe für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung gezahlt.

Sofern es sich um einen Ausbildungstarif handelt, erkennen Sie das an der Bezeichnung "A" hinter der Tarifbezeichnung: KHTE-NA

3. Wie hoch ist die Prämie und wann ist sie zu zahlen?

Monatliche Prämie	4,66 Euro
Gesetzlicher Zuschlag	0,00 Euro
Monatliche Gesamtprämie	4,66 Euro
Jährliche Gesamtprämie	55,92 Euro

Die Prämie ist jeweils zum ersten eines Monats zu zahlen. Bei viertel-, halb- bzw. jährlicher Zahlungsweise ist ein entsprechendes Vielfaches der monatlichen Prämie für den entsprechenden Zeitraum jeweils im Voraus zu zahlen.

Wenn Sie die erste Prämie nicht oder verspätet bezahlen, haben wir das Recht, bis zur Zahlung der Erstprämie vom Vertrag zurückzutreten und eine angemessene Gebühr zu verlangen. Wird der Rücktritt von Seiten des Versicherers erklärt, so gilt der Versicherungsvertrag als nicht zustande gekommen und es besteht für Sie kein Versicherungsschutz.

Wird eine oder werden mehrere Folgeprämien nicht oder verspätet gezahlt, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine Mahnung mit einer Zahlungsfrist. Zahlen Sie bis Ablauf dieser Frist nicht, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen zur Leistungsfreiheit hinsichtlich einzelner Versicherungsfälle bis hin zur Kündigung des Versicherungsvertrages mit endgültigem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Einzelheiten zu Folgen einer Nichtzahlung der Erstprämie wie auch der folgenden Prämien können Sie dem beigefügten Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (§§ 37, 38 und 194) entnehmen.

4. Können wir die Leistung einschränken oder ganz verweigern?

Sie haben grundsätzlich einen umfassenden Versicherungsschutz. Es gibt jedoch Leistungen, die ausgeschlossen sind. Wir übernehmen beispielsweise keine Leistungen bei vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfallfolgen. Dies gilt auch für die Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, wobei die angefallenen Sachkosten von uns übernommen werden. Welche Leistungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, können Sie detailliert in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MBKK) nachlesen.

5. Was ist bei Vertragsabschluß zu beachten?

Das Wichtigste ist eine umfassende und vollständige Beantwortung aller Fragen, die wir Ihnen im Antrag unter „Gesundheitsfragen“ stellen. Geben Sie alle bekannten Beschwerden und Krankheiten an, auch solche, die Sie für unwichtig halten oder schon zwischenzeitlich auskuriert haben. Fehlende, falsche oder bagatellisierende Angaben können für Ihren Versicherungsschutz ernste Konsequenzen haben, so z.B. eine rückwirkende Erhöhung des Beitrages oder eine unter Umständen auch rückwirkende Aufhebung des Vertrages.

6. Was ist während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie eine weitere Krankheitskostenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen wollen. Werden wir nicht unterrichtet, können wir unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG fristlos kündigen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 2 MBKK). Oder Sie verlieren ganz oder teilweise Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen mit den in § 28 Abs. 2-4 VVG genannten Einschränkungen (s.a. § 9 Abs. 5 i.V.m. § 10 Abs. 1 MBKK).

Benachrichtigen Sie uns bitte auch bei einer Änderung Ihrer Bankverbindung.

7. Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung gewünscht wird ?

Bitte übersenden Sie uns auf unsere Aufforderung hin alle Unterlagen und Informationen, soweit diese für unsere Beurteilung erforderlich sind. Des weiteren sollten Sie natürlich auch alle Handlungen unterlassen, die unter Umständen Ihrer Genesung hinderlich sind. Die §§ 9 und 11 MBKK enthalten noch weitere Obliegenheiten, deren Verletzung nach § 10 Abs. 1 MBKK und § 11 MBKK bis zur vollständigen Leistungsfreiheit des Versicherers führen können.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt am 01.03.2011 und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

9. Wann können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können nach Ablauf von zwei Jahren nach Vertragsbeginn mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen. Weitere Einzelheiten, insbesondere bezüglich der einzuhaltenden Fristen und der zu erbringenden Nachweise entnehmen Sie bitte § 13 der MBKK.

Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

Ihr Vertragspartner ist die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, Postanschrift: Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, eingetragen im Handelsregister Köln unter der Registernummer HR B Nr. 1012.

Die vertretungsberechtigten Vorstände entnehmen Sie bitte der Fußzeile des Schreibens, mit dem Ihnen der Versicherungsschein übersandt wird.

Unsere ausschließliche Geschäftstätigkeit ist der Betrieb der Kranken- und Pflegeversicherung.

2. Weitere Ansprechpartner

Sofern Ihr Vertrag mit Hilfe eines Vermittlers zustande kommt, steht Ihnen dieser als Ansprechpartner zur Verfügung. Seinen Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie auf dem Anschreiben zu unserem Angebot, dem Vorschlag oder dem Ihnen ausgehändigten Antragsvordruck. Bitte beachten Sie, dass es sich bei einem Versicherungsmakler nicht um einen Vertreter der DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG handelt.

3. Vertragsabschluss, Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

a) Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht.

b) Antrag auf Abgabe eines Vertragsangebotes

Der Vertrag kommt mit uns zustande, wenn Sie das von uns auf Ihren Antrag hin erstellte Angebot, welches wir Ihnen mit den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag übersenden, annehmen und Ihre Annahmeerklärung bei uns eingeht. Bitte beachten Sie die Fristen nach Ziffer 4.

c) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Vertrages und Ablauf von im Tarif bezeichneten Wartezeiten.

4. Gültigkeit der Informationen und Angebote

Sofern die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG die Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen oder evtl. Angebote begrenzt hat, finden Sie in den jeweiligen Dokumenten einen entsprechenden Hinweis. Im übrigen gelten die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach kann der einem Abwesenden gemachte Antrag nur bis zu dem Zeitpunkt angenommen werden, in welchem der Antragende den Eingang der Antwort unter regelmäßigen Umständen erwarten darf.

5. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nur, wenn Sie den Versicherungsschein und alle Bestimmungen und Informationen zum Vertrag erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Eine Erklärung in Textform (z.B. per Fax oder E-Mail) ist ausreichend. Der Widerruf ist zu richten an DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, Postanschrift: Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden

6. Laufzeit und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen

Der Vertrag wird, sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die vertraglich vereinbarte Mindestvertragsdauer entnehmen Sie bitte den allgemeinen Versicherungsbedingungen der von Ihnen gewünschten Tarife.

Art und Umfang der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte dem Angebot nebst den ausgehändigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen der gewünschten Tarife. Im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie auch einen Abdruck der wichtigsten für das Versicherungsverhältnis geltenden gesetzlichen Regelungen. Unsere Leistungen erbringen wir unverzüglich nach Abschluss der zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Prüfung.

7. Garantiefonds

Zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten ist die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG Mitglied im folgenden gesetzlichen Sicherungsfonds nach §§ 124, 127 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG):

Medicator AG

Bayenthalgürtel 26

50968 Köln

Telefon: 0221 37662 0, Telefax: 0221 37662 10

8. Gesamtpreis der Versicherung

Die zu zahlenden Prämien für die von Ihnen gewünschten Tarife entnehmen Sie bitte dem Angebot/Vorschlag oder dem Produktinformationsblatt. Diese gelten vorbehaltlich der Risikoprüfung.

9. Zahlung und Erfüllung

Die Prämie ist, sofern nichts anderes vereinbart wurde, monatlich jeweils zum Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Die erste Beitragsrate ist zum Versicherungsbeginn, frühestens aber unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Üblicher Zahlungsweg ist das Lastschriftinzugsverfahren.

10. Kosten und Gebühren

Sie können sich mit unserem Kundenservice-Zentrum unter der Rufnummer 0 180 3 – 55 66 22 in Verbindung setzen. Hierbei fallen Gebühren an in Höhe von 9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute.

11. Beendigung des Vertrages

Die DBV Deutsche Beamtenversicherung Krankenversicherung, Zweigniederlassung der AXA Krankenversicherung AG verzichtet grundsätzlich, Ausnahme ist der Tarif DENT, auf das ordentliche Kündigungsrecht. Dies gilt für die Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nur, wenn diese in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) bestehen. Während der ersten drei Versicherungsjahre kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis Tarif DENT unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des zweiten oder dritten Versicherungsjahres kündigen. Danach entfällt das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers.

Sie können einen Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber nach Ablauf einer ggfls. vertraglich vereinbarten Mindestvertragsdauer kündigen.

Dieses Kündigungsrecht gilt ab dem 01.01.2009 mit der Einschränkung, dass, sofern das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, die Kündigung voraussetzt, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein entsprechender neuer Vertrag abgeschlossen wird. Dabei wird die Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Den Tarif DENT können Sie zum Ende eines jeden Monats, frühestens jedoch zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, ohne Einhaltung einer Frist schriftlich kündigen.

Weitere Möglichkeiten zur Kündigung Ihres Versicherungsvertrages sowie sonstige Beendigungsgründe entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

12. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Sowohl auf das vorvertragliche Rechtsverhältnis als auch auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht Anwendung. Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht erhoben werden. Für den Fall, dass eine im Klageweg in Anspruch zu nehmende Partei keinen allgemeinen Gerichtsstand in Deutschland hat, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort nach Vertragsschluss aus Deutschland verlegt hat oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, wird die

Zuständigkeit der verbleibenden deutschen Gerichtsstände der anderen Partei vereinbart.

13. Vertragssprache

Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in deutsch erteilt.

14. Außergerichtliche Rechtsbehelfe

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns bitte schriftlich oder rufen Sie uns an unter der Rufnummer 0 180 3 - 55 66 22 (9 Cent aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk maximal 42 Cent, jeweils je angefangene Minute.)

- a) Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann anzurufen:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin
Telefon: 01802/55 04 44
Telefax: 030/20 45 89 31
www.pkv-ombudsmann.de

- b) Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde Beschwerde einzulegen:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Die nachfolgenden Informationen gelten nur für die Krankenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung)

15. Kosten

Die in die Prämien einkalkulierten Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

16. Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die Beitragsentwicklung

In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der Leistungsumfang vertraglich garantiert – Leistungskürzungen sind von daher ausgeschlossen. Somit bleibt für die PKV nur die Anpassung der Beiträge entsprechend den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, um die steigenden Ausgaben für medizinische Leistungen und medizinischen Fortschritt zu finanzieren. Dabei werden die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich berücksichtigt.

Die jährliche Beitragsentwicklung in den von Ihnen gewünschten Vollversicherungstarifen bzw. vergleichbaren Tarifen für einen 35 jährigen Musterkunden betrug in den vergangenen 10 Jahren durchschnittlich 2,1 Prozent. Nachfolgend nennen wir Ihnen die Einzelbeiträge pro Person in Euro:

Tarif(e) VisB50-NT, BW250-NT, BN3/2 50-N, Frau: --; --; --; --; --; --; --; --; --; 176,66

Einige der oben genannten Tarife bestehen noch keine 10 Jahre, was die Aussagekraft dieser Übersicht begrenzt. Daher stellen wir zusätzlich den Beitragsverlauf einer vergleichbaren Tarifkombination dar:

Frau: 190,84; 197,03; 204,54; 204,54; 205,09; 207,22; 214,05; 232,10; 229,34; 229,34

17. Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Um zu einer maßvollen Entwicklung der Beiträge – insbesondere auch für unsere älteren Versicherten zu kommen - ergreifen wir verschiedene Maßnahmen:

- durch eine - ohne zusätzliche Beitragszahlung – gebildete zusätzliche Deckungsrückstellung ausschließlich für die Beitragsermäßigung im Alter,
- durch Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- durch ein bedarfsgerechtes Tarifangebot, sodass durch Wechsel in Tarife mit höherem Selbstbehalt oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen sind,
- durch das Angebot eines Standardtarifes (ab 01.01.2009 den Basistarif) mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung

vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie. Mit diesen Maßnahmen ist gewährleistet, dass auch im Alter keine Person einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen muss.

18. Wechsel in die GKV

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

19. Wechsel des Versicherers

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich aber insbesondere im fortgeschrittenen Alter mit höheren Beiträgen verbunden. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer grundsätzlich keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Eine Annahmeverpflichtung des Versicherers besteht lediglich im Standardtarif bzw. ab 01.01.2009 im Basistarif.

Anhang: Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (2) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,- Euro begrenzt ist, abzuschließen auf aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,- Euro.

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Hilfefürsorge haben, beihilferechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

195 Versicherungsdauer

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

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit Geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 1a VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

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

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, daß für die Krankenversicherer keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Die Alterungsrückstellung verbleibt beim bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

Vertragsgrundlage 404 (öffentlicher Dienst)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Seite 1 von 11 Stand: 03.2009

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) Nr. 1-36 ÖD

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten, wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 2 Besondere Bedingungen

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

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

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

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

Nr. 3 a) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation
Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 b) Vorsorgeuntersuchungen

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Nr. 4 a Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU), dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz
Abweichend von § 1 Abs. 5 MBKK besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU, der Schweiz bzw. des EWR in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 4 b Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU), der Schweiz und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 18 der Tarifbedingungen. Der Versicherungsnehmer soll in seinem Interesse dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitteilen, da der Zugang von vertragserheblichen Poststücken bereits mit Zusendung an die alte bekannte Adresse gewährleistet ist.

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

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

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

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

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Kehrt die versicherte Person in einen Mitgliedstaat der EU, in die Schweiz oder den EWR zurück, kann unter den in Nr. 4 Abs. 2 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden).

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Nr 5 Kindernachversicherung
Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewährt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 6 a Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)
Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 6 b Umfang des Versicherungsschutzes
Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt a) bei Unfällen, b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

Nr. 7 Wartezeitverzicht
Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Nr. 8 entfällt

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

Nr. 9 Heilbehandler

(1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie liquidationsberechtigte Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).

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

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

Nr. 10 Gebührenordnungen

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

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

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

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

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

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen. Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 10 b Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10 a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Grundlage der Erstattung sind ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Nr. 11 Definitionen

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

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

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

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

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

1. Sehhilfen, elektronische Lesegeräte (bis maximal 2.450,- Euro brutto), Hörgeräte inklusive Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien (bis max. 1.450,- Euro brutto pro Hörgerät), Sprechhilfen inklusive Erstausrüstung mit Batterien;

2. Orthopädische Maßschuhe (pro Schuh fällt ein Eigenanteil von 25,- Euro an), orthopädische Schuhzurichtungen, orthopädische Schuheinlagen, wobei die Anzahl auf 4 Paar pro Kalenderjahr begrenzt ist;

3. Körperersatzstücke (z. B. Prothesen, Epithesen), Orthesen, Herzschrittmacher, Bandagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe, Perücken bis zu einem Betrag von 520,- Euro bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben;

4. Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör;

5. Sauerstoffversorgung mit Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;

6. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte sowie Schlafapnoetherapiegeräte (CPAP), Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte;

7. Krankenfahrstühle, Rollatoren, Heimdialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche (= Encasings, bis max. 200,- Euro pro Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung - nicht aber der Unterhalt - eines Blindenhundes.

Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ist der Versicherte berechtigt, bei einer als dauerhaft anzusehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, die genannten Geldbeträge anzupassen.

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

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

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

(1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegegesetzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50% überschreiten.

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

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

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

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

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

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

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

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage
 (1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.
 (2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung. Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluß an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen
- Hirnfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel-Hirnverletzungen
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen

Die Leistung erfolgt im tariflichen Umfang.

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung
 (1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
 (2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.
 (3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln
 Im ersten Versicherungsjahr beträgt der tarifliche Selbstbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltanpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8 b MB/KK 2009).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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

Nr. 16 a Terrorereignisse
 Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 16 b Wehrdienstbeschädigung
 Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 16 c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland
 (1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.
 (2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

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

Nr. 17 a Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen
 (1) In der Krankheitskostenvollversicherung sind für maximal 8 Wochen einer stationären Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern folgende Voraussetzungen insgesamt erfüllt sind:
 - Es handelt sich um die erste Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Versicherungsbeginn in der Krankheitskostenvollversicherung;
 - die Kostenübernahme wird vor Beginn der Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme beim Versicherer beantragt;
 - es handelt sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - es besteht kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung.
 Über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus werden unabhängig vom versicherten Tarif keine weiteren tariflichen Leistungen für Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen erbracht.
 (2) Keine Leistungspflicht besteht in Zusatztarifen für gesetzlich Versicherte sowie in der Krankenhaustagegeldversicherung.

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

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

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

Nr. 17 b
 Für ambulante Heilbehandlungen - nicht für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen - in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.

f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

Nr. 18 Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung
(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU, der Schweiz bzw. des EWR (siehe hierzu Nr. 4 a TB bei Wohnsitznahme in der EU, der Schweiz bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.
(2) Die Kürzungsbefugnis gemäß Abs. (1) gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.
(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet Abs. (1) keine Anwendung.
(4) Wenn im Rahmen einer notfallmäßigen Einweisung die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus erfolgt, findet Abs. (1) ebenfalls keine Anwendung.

Nr. 18a Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt
Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 36 TB geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr 19 Nachweise

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweiturschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen. Geht eine Kostenerstattung durch Dritte voraus, genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen.

Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten. Ebenfalls enthalten sein müssen Name und die Anschrift des Behandlers

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

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

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

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

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

Nr. 20 Wechselkurs

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

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

Nr. 21 Überweisungskosten

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 22 Eintrittsalter

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

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 22 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG -siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragzuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass

der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Nr. 23 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
(2) Bei halbjährlicher oder jährlicher Vorauszahlung des Beitrags gewährt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto).

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

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

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

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

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 24 Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur

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

Nr. 25 Ruhevereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 genannten Versicherungen das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepaßt.

Nr. 26 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

Der in § 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 27 Meldung einer Krankenhausbehandlung
Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 28 Meldung einer Änderung oder des Wegfalls des Beihilfeanspruches

Änderungen oder Wegfall des Beihilfeanspruches sollen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

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

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankentagegeld
Für Krankentagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 30 Vertragsdauer

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

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nach dem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versiche-

rungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes
Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

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

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

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

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

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

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

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzu-

geben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

Nr. 33 Kündigungsverzicht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben
Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

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

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

(1) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes liegt vor, wenn die

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

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthaltes bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 Abs. (1) TB) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

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

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem

anderen Ort in Deutschland, den die deutsche Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen. Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass ausser den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist. All disputes between the parties hereto arising from or relating to the insurance agreement shall be governed exclusively by German law. The venue for all disputes between the parties arising from or related to the insurance agreement shall be in Cologne (Köln) or some other location in Germany which is designed under the German Code of Civil Procedure (Zivilprozessordnung) or the German Code of Constitution of the Courts (Gerichtsverfassungsgesetz). This forum selection clause is also provided in English to emphasize that venues in the above locations is intended to be mandatory. Accordingly, the parties intend and agree that venue shall not be appropriate in any forum in the world other than the locations set forth within this paragraph.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnisses angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

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

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

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

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz (2) wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. Diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt;

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.

b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach

allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.

3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

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

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

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

Versicherungsvertragsgesetz in der in der ab 1.1.2009 gültigen Fassung

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Sonstige Vorschriften aus dem Versicherungsvertragsgesetz s. Anhang

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Vertragsgrundlage 466

Tarif BN3/2-N

Beihilfeergänzungstarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Stand: 03.2009 Seite 1 von 2

Teil III: Beihilfeergänzungstarif für Versicherte im Tarif VisB-N

Tarif	BN3/2-N	
	Diese Tarife können nur zusammen mit Tarif VisB-N vereinbart werden: BN3/2 20-N mit VisB 20-N BN3/2-30-N mit VisB 30-N BN3/2 50-N mit VisB 50T-N	Für die Versicherung im Tarif BN3/1-N gelten auch die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif VisB-N.
A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall nach Anrechnung eventueller Ansprüche aus der jeweils geltenden Beihilfeverordnung und von Versicherungsleistungen aus dem Tarif VisB-N verbleibende Aufwendungen für a) Leistungen der Heilpraktiker bis zum Höchstsatz des geltenden Gebührenverzeichnisses (GebüH), b) Hilfsmittel - einschließlich Sehhilfen und Hörgeräte - im Rahmen der Erstattungsfähigkeit des Tarifs VisB-N, c) gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach Tarif VisB-N - einschließlich der Regelungen der Zahnstaffel, d) Heilbehandlung im Ausland im Rahmen der Erstattungsfähigkeit nach VisB-N, e) Rücktransport / Überführungskosten Bei einem Auslandsaufenthalt werden im tariflichen Rahmen die Aufwendungen die für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport, soweit sie Reisemehrkosten sind, erstattet, wenn am Ort der Erkrankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären - höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro - erstattet.	krankung im Ausland bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen. Anderenfalls ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung der Kosten entsprechend zu kürzen. Sofern der Versicherer bei vorheriger Benachrichtigung den Rücktransport selbst organisiert oder die Kostenübernahme der entstehenden Aufwendungen für eine bestimmte Transportart schriftlich zugesagt hat, wird insoweit auf eine Kürzung der Erstattung verzichtet. Aufwendungen für unmittelbare Überführungskosten beim Tod der versicherten Person im Ausland werden, bei Überführung an den ständigen Wohnsitz, bis zu 10.000,00 Euro ersetzt. Bestattungskosten im Ausland werden, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären - höchstens jedoch bis 5.000,00 Euro - erstattet.
B Selbstbeteiligung	In der jeweils geltenden Beihilfeverordnung vorgesehene Selbstbeteiligungen (Abzugsbeträge bei den beihilfe-	fähigen Aufwendungen) sind nicht erstattungsfähig.
C Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.	Aufnahmefähig sind Versicherte, die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfevorschriften 40 % oder weniger der Kosten gesondert berechneter Material- und Laborkosten Beihilfe erhalten.
D Ende des Ergänzungstarifs	Endet die Versicherung nach Tarif VisB-N, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung nach diesem Tarif.	
E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende und studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungs-	fähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherer wird den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.

E Fortsetzung	<p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist</p>	<p>kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>
F Beitragsanpassung	<p>Hinsichtlich des Vornhundertatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009</p>	<p>genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD sowie des Tarifblatts (Teil III der AVB) zu Tarif Vision B-N.

Gültig ab 03/2009

Wichtiger Hinweis

Im Tarif Vision B-N enthaltene Leistungsgrenzen gelten auch in diesem Tarif.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des

nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Vertragsgrundlage 400

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes
der privaten Krankenversicherung
(MB/KK 2009) §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen der AXA Kranken-
versicherung AG (TB 2009) Nr. 1 - 36

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen werden - soweit sich aus § 4 MB/KK 2009 einschließlich der Nummern 9 bis 13 TB nichts anderes ergibt und/oder Leistungshöchstgrenzen nicht vereinbart werden - bis zu angemessenen Beträgen anerkannt. Die Angemessenheit ist überschritten wenn die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Nr. 1 a Besondere Bedingungen

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

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

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

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

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

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

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Nr. 4 a Erweiterung des Versicherungsschutzes in der Europäischen Union (EU) und dem Europäischen Wirtschaftsraum

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

Über die Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann erweiterter Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009). Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

Nr. 4 b Weltgeltung außerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)

(1) Während der ersten 6 Monate eines Auslandsaufenthaltes besteht weltweit Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlung, sofern der versicherte Tarif nichts anderes vorsieht. Hinsichtlich der Mehrkosten in Fällen zweckgerichteter Heilbehandlungen gilt Nr. 19 b TB 2009. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, spätestens zum ersten Werktag des dritten Monats eines Auslandsaufenthaltes dem Versicherer eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen.

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

(2) Über die in Abs. (1) genannte Frist von 6 Monaten hinaus besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit dem Versicherer insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen hat. Der Versicherer verpflichtet sich, die Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer für den Fall zu treffen, dass ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes spätestens zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthaltes beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen und/oder einen angemessenen Beitragszuschlag zu erheben, der sich nach dem für den Versicherer erhöhten Risiko richtet (vgl. Nr. 35 Abs. 2 TB 2009).

Bis zum Ablauf einer befristeten Vereinbarung kann der Versicherungsnehmer die weitere Fortführung des Versicherungsschutzes erneut beantragen. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Verlängerungsantrages und ist berechtigt, eine entsprechende Vereinbarung erneut zu befristen und/oder einen Beitragszuschlag zu verändern bzw. erstmalig zu erheben.

(3) Überschreiten mehrere Auslandsaufenthalte der versicherten Person innerhalb eines Kalenderjahres sechs Monate, gilt Nr. 35 Abs. (1) TB entsprechend. Ein Antrag auf Fortführung des Versicherungsschutzes ist zum Ende des sechsten Monats der addierten Auslandsaufenthalte zu stellen.

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

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

(6) Ein gemäß Abs. (2) vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des auf den Auslandsaufenthalt folgenden Monats, wenn die versicherte Person dauerhaft nach Deutschland oder in einen anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR zurückkehrt. Bei Rückkehr in die EU oder den EWR kann unter den in Nr. 4 Abs. 2 TB 2009 genannten Voraussetzungen erneut ein Zuschlag erhoben werden.

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 6 a Kindernachversicherung

Sind beide Elternteile gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beim Versicherer versichert, so darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Bei Neugeborenen kann in der Krankheitskostenvollversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider versicherter Elternteile, soweit ein entsprechender Tarif mit einer niedrigeren Selbstbehaltstufe vorhanden ist.

Nr. 6 b Wegfall der Vorversicherungszeit eines Elternteils beim Versicherer (Frühgeburtenregelung)

Abweichend von § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne die dort geforderte Versicherungsdauer auch dann ab Geburt, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.

Nr. 6 c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten, oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

Nr. 7 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Nr. 8 entfällt

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

Nr. 9 Heilbehandler

- (1) Als Heilbehandler gelten auch freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (Heil- bzw. Heilhilfsberufe).
- (2) Sofern der Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, steht der versicherten Person die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.
- (3) Versichert ist auch die ambulante Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Nr. 10 Gebührenordnungen

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

Nr. 10 a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

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

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

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

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

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach der Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

Nr. 10 b Behandlung im Ausland

Die Nummern 10 und 10 a TB gelten nicht für Behandlungen im Ausland. Zugrundegelegt werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

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

Nr. 11 Definitionen

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

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

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

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

Die neuen Leistungsinhalte bzw. Höchstsätze gelten dann für Behandlungen, die am 1. des übernächsten Monats nach Benachrichtigung der Versicherungsnehmer oder später beginnen.

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

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

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

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

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

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

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

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

(3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalten im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2); Nr. 1 TB 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

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

(2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.

(3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13 a Vor- und Nachuntersuchung

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

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

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

Nr. 13 b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

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

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

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

Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

- Herztransplantationen
- Bypassoperationen
- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt
- Bandscheibenoperationen
- Gelenkersatzoperationen

- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall)
- schweren Schädel - Hirnverletzungen
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen

Voraussetzung der Leistung ist, dass Leistungen durch den gesetzlichen Rehabilitationsträger nicht übernommen werden, obwohl der Antrag auf Übernahme der Leistungen fristgerecht gestellt wurde. Die Leistung ist in diesen Fällen auf die Regelleistung begrenzt.

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

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

Dies kann geschehen durch:

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

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

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

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechsell

Im ersten Versicherungsjahr beträgt der Tarifseltbehalt anteilig nur soviel Zwölftel, wie er dem Anteil der versicherten Monate im ersten Versicherungsjahr entspricht. Ändert sich der Selbstbehalt aufgrund eines beantragten unterjährigen Tarifwechsels, so gilt bis zum Tarifwechsel der bisherige Selbstbehalt. Für später stattfindende Behandlungen gilt der jährliche Gesamtselbstbehalt, der sich als Addition aus dem anteilig geminderten bisherigen und dem anteilig geminderten neuen Selbstbehalt (jeweils 1/12 pro Monat) errechnet. Diese vorstehende Regelung gilt analog für Selbstbehaltenpassungen im Rahmen der Anpassungsklausel (§ 8 b MB/KK 2009).

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

Nr. 16 Terrorereignisse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich weltweit auf Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführungen im Todesfall, die durch Terrorereignisse verursacht werden.

Nr. 16 b Wehrdienstbeschädigung

Für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, welche nach Versicherungsbeginn eintreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind, wird unter Beachtung von § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 geleistet.

Nr. 16 c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

(2) Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine kriegerischen Ereignisse mehr in dem Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

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

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

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

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

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

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

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

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

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

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

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

im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für

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

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

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

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

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

Nr. 19 Kur- und Badeorte

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

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

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Nr. 19 a Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland außerhalb der EU bzw. des EWR, (siehe hierzu Nr. 4 a TB bei Wohnsitznahme in der EU bzw. EWR), sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

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

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

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

Nr. 19 b Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

Für Klagen von Versicherungsnehmern, die sich nicht in Deutschland aufhalten, gilt die in Nr. 36 TB 2009 geregelte Gerichtsstands- und Rechtsvereinbarung.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 20 Nachweise

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

Die Belege der in § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

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

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

(4) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

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

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

Nr. 21 Wechselkurs

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

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

Nr. 22 Überweisungskosten

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 23 Eintrittsalter

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

(2) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann gemäß Nr. 23 Abs. 1, Satz 2, erreicht hat.

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragzuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstels des Monatsbeitrags.

Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragzuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragzuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

Nr. 24 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(2) Bei halbjährlicher oder jährlicher Vorauszahlung des Beitrags gewährt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto).

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten.

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

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

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 25 Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

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

Nr. 26 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer bei anderen als den in § 8 Abs. 6 MB/KK 2009 benannten Versicherung das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den "Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)", auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepaßt.

Nr. 27 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

Der in § 8 b Abs. 1 Satz 3 MB/KK 2009 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegenden Tarife für die Versicherungsleistungen 10% und für die Sterbewahrscheinlichkeit 5%, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 28 Meldung einer Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

Für Krankenhaustagegeldversicherungen, die ausschließlich Leistungen für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte vorsehen, gilt § 9 Abs. 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 30 Vertragsdauer

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

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

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

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskostenteilversicherung fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

Nr. 33 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht auch, wenn nur eine Krankheitskostenteilversicherung besteht. Darüber hinaus verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auch, wenn die Krankenhaustagegeldversicherung zusammen mit der inzwischen beendeten Krankheitskostenvollversicherung bei der AXA Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Das verbleibende Kündigungsrecht kann vom Versicherer nur zum Ende des 3. Versicherungsjahres ausgeübt werden.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 7 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

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

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufhalten

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

(2) Beitragszuschläge, die der Versicherer gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 MB/KK 2009 bzw. Nr. 4 Abs. (2) TB im Rahmen einer solchen Vereinbarung verlangen kann, werden bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes gemäß Abs. (1) nur dann vom Versicherer erhoben, wenn es sich um ein Land handelt, in dem die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Versorgung wesentlich höher als in der Bundesrepublik Deutschland sind.

(3) Der Versicherer beruft sich für die ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts bzw. solange eine besondere Vereinbarung gemäß Nr. 4 Abs. (2) TB getroffen wurde, nicht auf eine Beendigung des Versicherungsverhältnisses gemäß § 15 Abs. 3 MB/KK 2009.

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

(1) Auf das Versicherungsverhältnis ist ausschließlich deutsches Recht anwendbar.

(2) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person nicht in Deutschland, aber in einem Land der EU oder des EWR (vgl. Nr. 4 a TB 2009) sowie der Schweiz, richtet sich der Gerichtsstand nach den für Deutschland geltenden zwischenstaatlichen Anerkennungs- und Vollstreckungsverträgen bzw. Verordnungen der Europäischen Gemeinschaften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 44/2001 vom 22.12.2000 über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen. Demnach können Klagen gegen den Versicherer bei den Gerichten in Köln eingereicht werden.

(3) Befindet sich der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person außerhalb der in Abs. 2 genannten Länder, insbesondere in den USA, gelten folgende Regelungen:

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

Der Gerichtsstand für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen den Parteien, die den Versicherungsvertrag betreffen, ist in Köln oder an einem anderen Ort in Deutschland, den die deutschen Zivilprozessordnung oder das deutsche Gerichtsverfassungsgesetz zulassen.

Diese Gerichtsstandsklausel wird auch in Englisch wiedergegeben, um hervorzuheben, dass der Gerichtsstand an den oben angegebenen Orten rechtsverbindlich gewollt ist. Daher kommen die Parteien überein, dass ausser den oben vorgegebenen Orten kein anderer Gerichtsstand an irgendeinem Ort der Welt möglich ist.

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen des geänderten Verhältnisses angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

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

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

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

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz (2) wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. Diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt;
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - a) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmer nach § 10 familienversichert wären.

- b) sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.
- c) sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

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

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

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

Versicherungsaufsichtsgesetz § 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300,- Euro, 600,- Euro, 900,- Euro oder 1.200,- Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300,- Euro, 600,- Euro, 900,- Euro oder 1.200,- Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Gültig ab 03/09

Vertragsgrundlage 571

Tarif: KHTE-N

für Krankenhaustagegeld

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Stand: 08.2008 Seite 1 von 1

Teil III: Krankenhaustagegeld-Versicherung

A Leistungen des Versicherers	Der Versicherer leistet Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe je Tag der Krankenhausbehandlung. Bei Psychotherapie wird das Krankenhaustagegeld höchstens für 30 Behandlungstage im Kalenderjahr	gezahlt. Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.
B Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	Wird der Tarif KHTE-N in Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte zum Ausgleich von Begrenzungen der beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung abgeschlossen, so erfolgt bei Änderung der Begrenzung auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung. Bei einer dadurch bedingten Erhöhung des Krankenhaustagegeldes finden die Bedingungen für eine Tarifierhöhung zwar grundsätzlich Anwendung, jedoch werden nach dem Zeitpunkt der Anpassung die erhöhten Leistungen	auch für die Versicherungsfälle ohne erneute Wartezeit und ohne einen besonderen Risikozuschlag gewährt, die nach dem ursprünglichen Vertragsbeginn eingetreten waren. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Tarifierhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Festsetzung des veränderten Satzes erfolgt. Die Tarifierhöhung kann frühestens zum 1. des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer einging.
C Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt,	zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht. Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, wird der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen. 3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird. 4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen. 5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen. Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2000) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009).

Sofern ein Beihilfeanspruch besteht und entsprechende Tarife versichert werden/sind, gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbestimmungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

Gültig ab 01/2009

Vertragsgrundlage 440

Tarif: Vision B-N (VisB-N)
für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Stand: 03.2009 Seite 1 von 4

Teil III: Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Tarif	VisB-N	Erstattungssatz Vorsorge, ambu- lante und zahnärzt- liche Behandlung	Erstattungssatz stationäre Behandlung	Erstattungssatz Vorsorge, ambu- lante und zahnärzt- liche Behandlung	Erstattungssatz stationäre Behandlung
	VisB 15-N	15 %	15 %	VisB 35-N	35 %
	VisB 2015-N	20 %	15 %	VisB 4025-N	40 %
	VisB 20-N	20 %	20 %	VisB 40-N	40 %
	VisB 2515-N	25 %	15 %	VisB 4530-N	45 %
	VisB 25-N	25 %	25 %	VisB 45-N	45 %
	VisB 3015-N	30 %	15 %	VisB 5035-N	50 %
	VisB 30-N	30 %	30 %	VisB 50-N	50 %
	VisB 3520-N	35 %	20 %	VisB 50-NT	50 %

A Leistungen des Versicherers
Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den jeweiligen versicherten Prozentsätzen.

B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>1. Ambulante Behandlung 100 % des versicherten Prozentsatzes - für ambulante Heilbehandlung, außer Psychotherapie, - für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker, außer Psychotherapie. Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu 100 % des versicherten Prozentsatzes für die erste bis zur 30. Therapiesitzung 80 % des versicherten Prozentsatzes ab der 31. Therapiesitzung erstattet.</p> <p>Für Arznei- und Verbandsmittel werden 80 % des versicherten Prozentsatzes bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 Euro pro Kalenderjahr und versicherter Person; danach 100 % des versicherten Prozentsatzes erstattet. Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100 % der Kosten im Rahmen des entsprechenden tarif- lichen Erstattungssatzes für Arznei- und Verbandsmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt.</p> <p>100 % des versicherten Prozentsatzes für Heilmittel, höchstens jedoch bis zur Höhe der nach den Beihilfavorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätzen.</p> <p>100 % des versicherten Prozentsatzes für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD - außer Sehhilfen und Hörgeräte -, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaft- lichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer</p>	<p>die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versi- cherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 ÖD - außer Sehhilfen und Hörgeräte - ander- weitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 80 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Ge- brauch bei - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr.11 Abs. 3 TB 2009 ÖD; - Kompressionsstrümpfe, Stoma-, Tracheostomaartikel, Inkontinenzartikel, Herzschrittmacher, Blindenstock und Blindenhund, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgerä- te; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Be- handlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbar- keit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.</p> <p>100 % des versicherten Prozentsatzes - für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontakt- linsen). Ab dem 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,00 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100 Euro je Kalenderjahr. - Für Hörgeräte innerhalb von drei Kalenderjahren bis insgesamt 1.300,00 Euro pro Ohr.</p> <p>100 % des versicherten Prozentsatzes der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung / Therapie- einrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p>
---	---	---

B Fortsetzung

Serviceleistungen:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.

2. stationäre Behandlung

100 % des versicherten Prozentsatzes

- Für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.
- Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer teil- oder vollstationären Behandlung, allerdings ohne die Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privatärztes (allgemeine Pflegeklasse).
- Für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, mit denen die Pflegeklassen entsprechende Versorgungsverträge geschlossen haben, wenn durch die häusliche Krankenpflege die stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt wird und kein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit besteht. Erstattungsfähig sind für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung Vergütungen bis max. 50,00 Euro täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall.

100 % des versicherten Prozentsatzes

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

Serviceleistung:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.

3. Zahnärztliche Heilbehandlung

100 % des versicherten Prozentsatzes

für Aufwendungen für von Zahnärzten berechneten prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versie-

gelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen;

100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen;

100 % des versicherten Prozentsatzes für Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird. Dieser ist nur dann einzureichen, wenn die geplante Maßnahme laut Heil- und Kostenplan den Betrag von 1.000,00 Euro übersteigt.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Reicht der Versicherungsnehmer einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

Implantate:

Wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer genehmigt wird, werden zwei Implantate pro Kiefer während der gesamten Verweildauer in diesem Tarif erstattet, sofern sie wie folgt verwendet werden:

- zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarte Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;

- zur Versorgung einer Freilandücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- zur Fixierung einer Totalprothese.

Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reicht der Versicherungsnehmer den Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für

- Zahnersatz,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für
- Kieferorthopädie

in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,00 EUR erstattungsfähig. Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel.

Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahn-technische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste II aufgeführten Höchstbeträgen.

Serviceleistung:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.

4. weitere Leistungen der AVB

Der Versicherer erstattet auch für alle übrigen in den AVB (Teil I und II) enthaltenen Leistungen nur entsprechend dem versicherten Prozentsatz.

C Auszahlungsverfah-

Es werden die entstandenen Aufwendungen erstattet, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200,00 Euro übersteigen. Erreichen

die Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können die Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze eingereicht werden.

<p>D Tarif VisB-N und Beihilfe</p>	<p>Es können nur Tarife gewählt werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, passt der Versicherer den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen an. Die Herabsetzung erfolgt rückwirkend zum Änderungszeitpunkt, wenn die Änderung dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung mitgeteilt wird. Ansonsten wird der Versicherungsschutz ab Zugang der Mitteilung herabgesetzt.</p> <p>Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, nimmt der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vor.</p>	<p>Die Anpassung wird ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vorgenommen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird, - für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und - der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen will, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Wird der Versicherer später informiert, wird der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöht. Im Übrigen gilt § 8 a Abs. 4 der MB/KK 2009.</p> <p>Die Versicherung in Tarif VisB 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif VisB 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
<p>E Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilferechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls in die-</p>	<p>sem Tarif mitversichert werden. Neben einer Versicherung in diesem Tarif kann eine Versicherung nach den Tarifen BN1-N und BN2-N weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung</p>	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignisse folgt,</p>	<p>zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, werden wir den Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).</p> <p>Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p>	<p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten die Umstellung in einen Tarif mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in der gewünschten beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht und diese für den Neuzugang geöffnet ist.</p> <p>Die Option ermöglicht im Rahmen einer beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung auch den Neabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und / oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und / oder den Neabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der</p>	<p>Höhe der stationären Beihilfekürzungen, sofern dieser Schutz nicht bereits vorhanden ist.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Diese Option gilt nicht</p>

G Fortsetzung	<p>a) für versicherte Personen, deren Vertrag nur aufgrund einer seitens des Versicherers bestehenden Annahmeverpflichtung zustande gekommen ist oder</p> <p>b) sofern der bei Abschluss dieses Tarifs vorhandene Versicherungsschutz zusammen mit dem Anspruch auf Beihilfe unter oder über 100 % liegt.</p> <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Erste Verbeamtung auf Probe bzw. erste Verbeamtung auf Zeit;</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines eigenen Kindes durch die versicherte Person allerdings erst ab dem auf die Geburt / Adoption folgenden Tag;</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>e) Wegfall des letzten Kindes der versicherten Person aus der Beihilfe;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungs-</p>	<p>jahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - es bestand vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz, - die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Umstellung noch nicht vollendet. <p>Die Umwandlungsoption f) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
H Bonifikation	<p>1. Gesundheitsbonus Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte nach Maßgabe der Tarifbedingung jährlich eine Gutschrift (Gesundheitsbonus) erhalten.</p>	<p>2. Verhaltensbonus Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</p>
I Beitragsanpassung	<p>Hinsichtlich des Vorhundertatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009</p>	<p>genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

 Gültig ab 03/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des

nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Vertragsgrundlage 593

Sachkostenliste II für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz

Stand: 2010

Informationen	1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahn-technischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen		des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.		
Informationen			2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.		
lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *
	Arbeitsvorbereitung / Modellherstellung				
1	Modell (aus Hartgips)	10,00	24	Auswerten eines Registrates	8,00
2	Sägmodell (Superhartgips)	18,00	25	Remontagemodell	30,00
3	Set-up-Modell	10,00	26	Split - cast	19,00
4	Modellpaar sockeln	24,00	27	Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00
5	Kontrollmodell	8,00	28	Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00
6	Set-up, je Segment	13,00	29	Farbauswahl	12,00
7	Frässockel	11,00	30	Kunststoffbasis für Zentrikregistrat	23,00
8	Zahnkranz	13,00	31	Basis aus Kunststoff	30,00
9	Angelieferten Zahnkranz sockeln	9,00	32	Individualisieren eines konfekt. Löffels	5,00
10	Stumpf aus Kunststoff / Frässtumpf	10,00	33	Individueller Funktionslöffel	37,00
11	Sägstumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	34	Bisswall aus Wachs	13,00
12	Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	35	Bisswall aus Kunststoff	20,00
13	Einzelstumpf doublieren	10,00	36	Registrierplatte und -stift für Basen	30,00
14	Ausblocken eines Stumpfes	3,00	37	Formteil für provisorische Versorgung	23,00
15	Stumpf reponieren	5,00	38	Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00
16	Indiv. Frontzahnführungssteller	22,00	39	Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00
17	Platzhalter	16,00	40	Gegossene Armierung für prov. Kronen / Brückenglied	44,00
18	Modell doublieren	16,00	41	Arbeiten unter Mikroskop	10,00
19	Fixator	13,00	42	Modellimplantat repositionieren	10,00
20	Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00	43	Implantatpfosten aufschrauben	10,00
21	Einstellen im individuellen Artikulator	16,00			
22	Modellpaar trimmen	13,00			
23	Montage eines Gegenkiefermodelles	10,00			
	Festsitzende Zahnversorgungen				
44	Angelieferte Modellation gießen	34,00	60	Onlay / Teilkrone Kunststoff	86,00
45	Stiftaufbau indirekt	55,00	61	Inlay, einflächig, Metall	81,00
46	Wurzelstiftkappe	75,00	62	Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
47	Vollgusskrone	90,00	63	Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
48	Gnathologische Kaufläche in Keramik/Glas	35,00	64	Onlay / Teilkrone Metall	99,00
49	Gnathologische Kaufläche in Metall / Gold	27,00	65	Pinledge incl. angussfähigem Pin	91,00
50	Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	66	Galvano-inlay, einflächig	90,00
51	Krone für Keramik- / Kunststoffverblendung	90,00	67	Galvano-inlay, zweiflächig	96,00
52	Mantelkrone Kunststoff	91,00	68	Galvano-inlay, drei- und mehrflächig	101,00
53	Galvanokrone	79,00	69	Galvanoteilkrone	84,00
54	Brückenglied massiv	64,00	70	Verblendung Keramik	96,00
55	Brückenglied für Keramik- / Kunststoffverblendung	61,00	71	Individuelles Charakterisieren, Keramik	27,00
56	Galvanobrückenglied	63,00	72	Zahnfleisch / Wurzelpontic, Keramik	38,00
57	Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	73	Keramikschulter	27,00
58	Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	74	Verblendung Kunststoff	70,00
59	Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00	75	Krone oder Brückenglied für Klammer vorbereiten	12,00
	Vollkeramik		76	Krone usw. in vorhandenen Zahnersatz einarbeiten	18,00
78	Vollkeramikkrone/-brückenglied zur Verblendung	174,00	77	Auflage in/auf Krone	10,00
79	Keramisches Inlay, einflächig	122,00			
80	Keramisches Inlay, zweiflächig	133,00	81	Keramisches Inlay, drei- und mehrflächig	148,00
	Verbindungselemente		82	Teilkrone Keramik	158,00
84	Teleskopierende Krone primär	126,00	83	Veneer Keramik	179,00
85	Teleskopierende Krone sekundär	144,00			
86	Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00	87	Individuelles Geschiebe / Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	120,00

lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *	lfd.Nr.	Leistungsbeschreibung/-inhalt	Bis zu Euro *
88	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00	94	Individuelles Steggeschiebe	72,00
89	Gefrästes Lager	61,00	95	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
90	Steg, individuell, Grundeinheit	49,00	96	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
91	Steg, individuell, Längeneinheit	18,00	97	Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
92	Steg, konfektioniert	82,00	98	Friktionsstift einarbeiten	48,00
93	Schubverteilungsarm	62,00	99	Federbolzen einarbeiten	48,00
			100	Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00
Herausnehmbare Zahnversorgungen					
101	Metallbasis	146,00	109	Gegossene Auflage	17,00
102	Metallbasis, Gitter gegossen	121,00	110	Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00
103	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00	111	Sonstige gebogene Haltevorrichtung	23,00
104	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00	112	Rückenschutzplatte	51,00
105	Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00	113	Metallzahn / Metallkauffläche	48,00
106	Bonwillklammer	47,00	114	Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
107	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00	115	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer	24,00
108	Fortlaufende Klammer	13,00	116	Lösungsknopf	17,00
			117	Individuelle Zahnfleischgestaltung	43,00
			118	Kragenfassung	14,00
Metallverbindungen / Verbundsysteme					
119	Lötung gleicher Legierungen	15,00	122	Lötung nach keramischen Brand	28,00
120	Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	123	Verklebung von Sekundärteilen	13,00
121	Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	124	Deckgold aufbrennen	10,00
			125	Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	10,00
Kunststoff / Totalprothetik					
126	Aufstellung Grundeinheit	48,00	134	Basis aus Weichkunststoff	80,00
127	Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	135	Netz einarbeiten	47,00
128	Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	136	Konfektionierten Verstärkungsbügel einarbeiten	47,00
129	Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00	137	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00
130	Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	138	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00
131	Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00	139	Reokkludieren einer Prothese	13,00
132	Fertigstellung Grundeinheit	76,00			
133	Fertigstellung je Zahn, Kunststoff / Metallbasis	6,00			
Schienen / Defektversorgung					
140	Miniplastschiene	76,00	144	Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00
141	Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00	145	Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00
142	Knirscherschiene, Bissführungsplatte, semipermanente Schiene	137,00	146	Verband- oder Verschlussplatte	76,00
143	Adjustierte Aufbisschiene	177,00			
Implantatprothetik					
147	Implantatschablone	45,00	152	Drehsicherungsstop	18,00
148	Parallelbohrschablone	59,00	153	Implantataufbau für Keramik-verbundung	91,00
149	Röntgen Kugeln positionieren	3,00	154	Implantataufbau Vollguß	91,00
150	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	39,00	155	Implantataufbau für Stegversorgung	91,00
151	Verschraubung / Verbolzen bei Implantaten	38,00			
Instandsetzung Zahnersatz					
156	Teilunterfütterung	48,00	162	Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
157	Vollständige Unterfütterung	83,00	163	Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
158	Basis erneuern	101,00	164	Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00
159	Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00	165	Prothese / Krone / Brückenglied säubern und polieren	23,00
160	Sprung / Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00	166	Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00
161	Riss / Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00			
Kieferorthopädie					
167	Basis Einzelkiefergerät	57,00	182	Feder, geschlossen	12,00
168	Basis bimaxilläres Gerät	120,00	183	Verbindungselement / intramaxillär	25,00
169	Schiefe Ebene	47,00	184	Verbindungs- oder Führungselement / intermaxillär	26,00
170	Vorhofplatte	63,00	185	Verankerungselement	24,00
171	Kinnkappe	57,00	186	Einzelelement einarbeiten	12,00
172	Aufbiss	11,00	187	Metallverbindung (KFO)	17,00
173	Abschirmelement	20,00	188	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
174	Weichkunststoff (KFO)	53,00	189	Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
175	Schraube einarbeiten	17,00	190	Grundeinheit / Instandsetzung KFO	19,00
176	Spezialschraube einarbeiten	26,00	191	Leistungseinheit Dehn- / Regulierungselement	8,00
177	Trennen einer Basis	7,00	192	Remontieren KFO - Gerät	51,00
178	Labialbogen	23,00			
179	Labialbogen modifiziert	28,00			
180	Labialbogen intermaxillär	33,00			
181	Feder, offen	10,00			

* jeweils zuzüglich der gesetzlichen MwSt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Bedingungsteil MB/PPV 2010

Dieser Bedingungsteil gilt in Verbindung mit Tarif PV
für die private Pflegepflichtversicherung

Stand: 11.2009

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.
 - (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
 - (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
 - (4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
 - (5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
 - (6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
 - a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - (7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
 - (8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungs-pflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist und mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
 - (9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
 - (10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PV und Anhang) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.
 - (11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarif PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

§ 1 Fortsetzung	(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.	(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit. (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei	Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgen. (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absätze 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Absatz 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
§ 3 Wartezeit	(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Absatz 1) an. (2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr, b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre, c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre, d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre, e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis inner-	halb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss. f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrags mindestens zwei Jahre bestanden haben muss. (3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt. (4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	<p>A. Leistungen bei häuslicher Pflege</p> <p>(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsplatz und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muß durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen. Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche</p>	<p>Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.</p> <p>(2) Anstelle von Aufwendersersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.</p> <p>(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.</p> <p>(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet, a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich, b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich, eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden sind, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegeversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegeklassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifes PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung</p>

§ 4 Fortsetzung

innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

- (5) Nimmt die versicherte Person Aufwändungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwändungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwändungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.
- (6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- (7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch umfaßt auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, daß die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel oder die technischen Hilfen anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden läßt. Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

B. Teilstationäre Pflege

- (8) Versicherte Personen haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, daß stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

in Anspruch genommen werden. Das sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerischbetreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI sind nicht erstattungsfähig.

- (9) Die Versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren: Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwändungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Anwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 vom Hundert in Anspruch genommen werden. Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 von Hundert in Anspruch genommen werden. Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwändungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, daß bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

C. Kurzzeitpflege

- (10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.
- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder

§ 4 Fortsetzung

- b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.
- D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**
- (11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalt und Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.
- (12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.
- E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**
- (13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflege Tätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflege Tätigkeit insgesamt. Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.
- F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson**
- (14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.
- G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**
- (15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.
- H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**
- (16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.
- (17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff tendenz);
 - Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 - unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 - tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 - im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 - Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 - Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 - Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 - Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 - Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 - Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 - ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales

§ 4 Fortsetzung

Verhalten;
 m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.
 Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt hat.

I. Pflegeberatung
 (18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsför-

dernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
 c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
 d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
 e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.
 Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen. Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

- a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendersersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
- b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
- c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

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

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung	<p>(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.</p> <p>(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person.</p> <p>Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.</p>	<p>Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.</p> <p>Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.</p> <p>(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.</p> <p>(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.</p> <p>(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.</p> <p>(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.</p> <p>(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.</p>
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.	

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung	<p>(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.</p> <p>(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person, sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie</p> <p>a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,</p> <p>b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,</p> <p>c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,</p> <p>d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und</p> <p>e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.</p> <p>(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern</p> <p>a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,</p> <p>b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie</p>	<p>nicht erwerbstätig sind,</p> <p>c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schuloder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,</p> <p>d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) -) (siehe Anhang) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.</p> <p>Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern.</p> <p>Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht</p>
---------------------	---	---

§ 8 Fortsetzung	<p>Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des</p> <p>(4) Dienstes bestehen. Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.</p> <p>(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Absätze 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v.H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.</p>	<p>(6) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.</p> <p>(7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.</p> <p>(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer auf Grund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 (VVG) (siehe Anhang) kündigen.</p> <p>(9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.</p>
§ 8 a Beitragsberechnung	<p>(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.</p> <p>(2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.</p> <p>(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem</p>	<p>Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.</p> <p>(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.</p>
§ 8 b Beitragsänderungen	<p>(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Absatz 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepaßt. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.</p>	<p>(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.</p> <p>(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.</p> <p>(5) Angleichungen gemäß Abs. 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.</p>
§ 9 Obliegenheiten	<p>(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.</p> <p>(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Kranken-</p>	<p>versicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).</p> <p>(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.</p> <p>(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.</p>

Fortsetzung § 9	(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.	(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	(1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist. (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten	Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich. (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Absatz 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte	Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.
§ 12 Aufrechnung	Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.	Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z.B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung - siehe Anhang -) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich. (2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungs-	nehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. (3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung nach Maßgabe von § 13 a Abs. 6 Kalkulationsverordnung in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung an den neuen Versicherer überträgt. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Altersrückstellung bis zum vollendeten Beitragsausgleich zurückbehalten. (4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. (5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen. (6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Absatz 1 Nr. 1, Absatz 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Ver-	trages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.

§ 14 Fortsetzung	(2) In den Fällen des § 9 Absatz 5, § 13 Absatz 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 4) kündigen.	(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben. (2) Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. (3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb ei-	nes Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a) Halbsatz 1. Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gelten Absatz 1 Sätze 2 und 3 entsprechend. (4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.	
§ 17 Gerichtsstand	Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen	Aufenthaltort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung	oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
§ 19 Beitragsrückerstattung	Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung	der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI	Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, gilt folgendes: In Abweichung von 1. § 3 MB/PPV 2010 entfällt die Wartezeit; 2. § 8 Absatz 3 MB/PPV 2010 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von Behinderten, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;	3. § 8 Absatz 5 MB/PPV 2010 a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz auf 150 v. H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v. H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro.

**Zusatzvereinbarung
Fortsetzung**

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

4. § 8 a Absatz 2 MB/PPV 2010 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

**Zusatzvereinbarungen
für Versicherungsverträge mit Versicherten
im modifizierten Standardtarif gemäß § 135
SGB V sowie im Basistarif gemäß § 139 Abs.
5 VVG in der ab
1. Januar 2010
geltenden Fassung
(siehe Anhang)**

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im modifizierten Standardtarif oder im Basistarif versichert sind, gilt folgendes:

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2010

a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im modifizierten Standardtarif ab 1. Juli 2008, bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) - (SGB II)

oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.

c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im modifizierten Standardtarif ab 1. Juli 2008, bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im modifizierten Standardtarif oder im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Gültig ab 01/10

Vertragsgrundlage 244

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Seite 1 von 6 gültig ab: 01.01.2010

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2010) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe	Die Tarifleistungen betragen 100 v. H. der nach den Nummern 1 - 11 vorgesehenen Beträge.	
Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Die Tarifleistungen betragen für 1. Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind 50 v. H. 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v. H. 3. Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden 30 v. H. 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 v. H. 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 v. H. der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 11 vorgesehenen Beträge.	Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,- Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte. Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.
1. Häusliche Pflege	Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 440,- Euro, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1040,- Euro, c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.510,- Euro erstattet. In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918,- Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflege-	gedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 1 SGB XI vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustandekommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
2. Pflegegeld	2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225,- Euro, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430,- Euro, c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685,- Euro. Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.	In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt. 2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21,- Euro, in Pflegestufe III bis zu 31,- Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21,- Euro erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510,- Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß	Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beiträge begrenzt. Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

<p>4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</p>	<p>Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz MB/PPV erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.</p>	<p>4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen. Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 v. H. erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v. H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,- Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.</p> <p>4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31,- Euro je Kalendermonat erstattet.</p> <p>4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme so wie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557,- Euro je Maßnahme begrenzt. In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>
<p>5. Teilstationäre Pflege</p>	<p>Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat</p> <p>5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440,- Euro,</p> <p>5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040,- Euro,</p> <p>5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510,- Euro erstattet.</p> <p>Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwen-</p>	<p>dungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustandekommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>
<p>6. Kurzzeitpflege</p>	<p>Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem einen Gesamtbetrag von 1.510,- Euro pro Kalenderjahr ersetzt.</p>	<p>Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 vom Hundert gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>
<p>7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</p>	<p>7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal je Kalendermonat</p> <p>a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,- Euro,</p> <p>b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,- Euro,</p> <p>c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510,- Euro,</p> <p>d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.825,- Euro erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v. H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Absätze 3 und 4 SGB XI. Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.</p> <p>Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256,- Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536,- Euro. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>	<p>derlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.</p> <p>Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256,- Euro je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536,- Euro. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - in Abhängigkeit von der jährlich neu fest-	zusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit. In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen	Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a SGB XI, ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung	zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 147, 349 SGB III gezahlt. In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses,	der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.
11. Zusätzliche Betreuungsleistungen	<p>11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen</p> <p>a) der teilstationären Pflege,</p> <p>b) der Kurzzeitpflege,</p> <p>c) der Pflegekafte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,</p> <p>d) der nach Landesrecht anerkannten niedringschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind, werden bis zu 100,- Euro (Grundbetrag) oder 200,- Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-</p>	<p>pflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3 MB/PPV) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.</p> <p>Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p> <p>11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungsschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI.</p> <p>In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.</p>

Gültig ab 09/10

Pflege/Hilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegeversicherung

Stand: 03.2009

1.	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1	Pflegebetten - Pflegebetten, manuell verstellbar - Pflegebetten, motorisch verstellbar - Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.0001-0999 50.45.01.1000-1999 50.45.01.2000-2999
1.2	Pflegebettzubehör - Bettverlängerungen - Bettverkürzungen - Bettgalgen - Aufrichthilfe - Seitengitter - Fixiersysteme für Personen	50.45.02.0001-0999 50.45.02.1000-1999 50.45.02.2000-2999 50.45.02.3000-3999 50.45.02.4000-4999 50.45.02.5000-5999
1.3	Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung - Einlegerahmen - Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.0001-0999 50.45.03.1000-1999
1.4	Spezielle Pflegebettische - Pflegebettische - Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.0001-0999 50.45.04.1000-1999
1.5	Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung - Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999
1.6	Rollstühle mit Sitzkantelung - Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7	Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999
Hilfsmittel*:		
	Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung - Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
	Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert - Wandlifter	22.40.02.0001-0999
	Zubehör für Lifter - Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
	Umsetz- und Hebehilfen - Drehscheiben - Positionswechselhilfen - Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.0001-0999 22.29.01.1000-1999 22.29.01.2000-2999
	Innenraum und Außenbereich Schieberollstühle - Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
	Treppen Treppenfahrzeuge - Treppensteighilfen (elektrisch betrieben) - Treppenraupen	18.65.01.1000-1999 18.65.01.2000-2999
2.	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene	HMV-Nummer
2.	Produkte zur Hygiene im Bett - Bettpfannen (Stechbecken) - Urinflaschen - Urinschiffchen - Urinflaschenhalter - Saugende Bettschutzeinlagen,wiederverwendbar	51.40.01.0001-0999 51.40.01.1000-1999 51.40.01.2000-2999 51.40.01.3000-3999 51.40.01.4000-4999
	Waschsysteme - Kopfwaschsysteme - Ganzkörperwaschsysteme - Duschwagen - Kopfwaschbecken, freistehend - Hygienesitze	51.45.01.0001-0999 51.45.01.1000-1999 51.45.01.2000-2099 51.45.01.3000-3999 51.45.01.4000-4999

Hilfsmittelverzeichnis der PPV

HMV-Nummer

Hilfsmittel*:

Badewannenlifter	
- Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
- Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999
Badewanneneinsätze	
- Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999
- Badeliegen	04.40.04.1000-1999
Badewannensitze	
- Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
- Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
- Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
- Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
Duschhilfen	
- Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
- Duschhocker	04.40.03.1000-1999
- Duschstühle	04.40.03.2000-2999
Toilettensitze	
- Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
- Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999
Toilettenstützgestelle	
- Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
- Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999
Toilettenstühle	
- Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999
- Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999
- Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
- Badewannengriff, mobil	04.40.05.0001-0999
- Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
Duschrollstühle	
- Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigen Lebensführung / Mobilität

HMV-Nummer

3.1 Notrufsysteme	
- Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte	52.40.01.0001-0999
- Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung	
- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999
Gehhilfen	
- Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
- Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
- Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher	

Hilfsmittelverzeichnis der PPV

4.	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	HMV-Nummer
4.1	Lagerungsrollen - Lagerungsrollen - Lagerungshalbrollen	53.45.01.0001-0999 53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:		
	Lagerungskeile - Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999
	Sitzhilfen zur Vorbeugung - Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
	Liegehilfen zur Vorbeugung - Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien - Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999 11.29.05.0001-2999
5.	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
5.1	Saugende Bettschutzeinlagen - Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	Schutzbekleidung - Fingerlinge - Einmalhandschuhe - Mundschutz - Schutzschürze	54.99.01.0001-0999 54.99.01.1000-1999 54.99.01.2000-2999 54.99.01.3000-3999
5.3	Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel*:		
	Saugende Inkontinenzvorlagen - Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1 - Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 - Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3 - Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2 - Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.0001-0999 15.25.01.1000-1999 15.25.01.2000-2999 15.25.01.3000-4999 15.25.01.5000-5999
	Netzhosen für Inkontinenzvorlagen - Netz hose Größe 1 / Netz hose Größe 2	15.25.02.0001-1999
	Saugende Inkontinenzhosen - Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
	Externe Urinalableiter - Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
	Urin-Beinbeutel - Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
	Urin-Bettbeutel - Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
	Zubehör für Auffangbeutel - Haltebänder für Urinbeutel - Halterungen/Taschen für Urinbeutel - Halterungen/Befestigungen für Bettbeutel - Sonstiges Zubehör	15.25.11.0001-0999 15.25.11.1000-1999 15.25.11.2000-2999 15.25.11.3000-3999

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln, können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die PPV zur Verfügung gestellt werden, wenn sie pflegerisch notwendig sind

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2009) zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Rechtsstand 1.7.2008 (soweit nichts anderes vermerkt ist) wiedergegeben.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 263,- Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufiger und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 450,-, 638,-, 820,-, 1066,- oder 1311,- Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach Absatz 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahe steht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschäftigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung -

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst, Zivildienst oder auf Grund von § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind sowie Personen, die im Anschluss an den Grundwehrdienst freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst nach § 6b des Wehrpflichtgesetzes leisten,
3. (aufgehoben)

3a. Personen, die auf Grund des § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfleistung im Innern) Wehrdienst leisten, gelten als Wehrdienstleistende im Sinne der Nummer 2,

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.

5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommenssteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden. Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a und 2b versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) aufgehoben

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

(1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die

1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,
2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben sowie
3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,
2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und
3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht. Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.

(2) Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Absatz 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind. Das Versicherungspflichtverhältnis endet,

1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,
2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,
3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,
4. in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

(1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.

(2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes bleiben außer Betracht

1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
2. Zeiten einer Beschäftigung als Helfer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder als Teilnehmer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,

3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
- 3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

- (3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn
1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
 2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.
Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,
6. die als Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze § 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches. Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2 b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitragsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitragsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
 - a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
 - b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
 - c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 400,- Euro nicht übersteigt,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
7. für Personen, die als Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind, vom Bund,
10. für Personen, die als Pflegenden während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
 - a.) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b.) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c.) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

- (1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.
- (2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende, für Personen, die als Erziehende versicherungspflichtig sind und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.
- (3) Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.
- (4) Die Beiträge für Bezieher von Krankentagegeld sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden.

Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegend während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4a sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (SGB IV)

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400,- Euro nicht übersteigt,

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächst höheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -

§ 33 Hilfsmittel

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle.

Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversicherungsnummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversicherungsnummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversicherungsnummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben (ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat) erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversicherungsnummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversicherungsnummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung -

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

- 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
- 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
- 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstaufschüpfung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
- 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
- 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205,- Euro,
- 2b. aufgehoben
- 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatzweiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400,- Euro nicht übersteigt,

- b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -

§ 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
 3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
 4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro.
- § 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.
§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende PflegePflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige [bis 30.06.2008: fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen.

Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzzranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) [Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt] mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwellige Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, [bis 30.06.2008: die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragbemessungsgrenze).

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder

4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2); Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität; Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,

2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.
Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflegeversicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

§ 110 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung:

Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -

§ 75 Einrichtungen und Dienste

(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG)

§ 3 Pflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 (in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung) Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000,- Euro begrenzt ist, abzuschließen und auf-

rechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom Hundertanteils auf den Höchstbetrag von 5000,- Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat. Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Kalkulationsverordnung

§ 13a Übertragungswert

(3) Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Vertragsgrundlage 461

Tarifgruppe B-N: Tarif BW2 15-70-N
für stationäre Wahlleistungen (2-Bett-Zimmer und wahlärztliche Leistungen)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Stand: 08.2008 Seite 1 von 2

Teil III: Stationärer Wahlleistungstarif für Beihilfeberechtigte

Tarife und Erstattungssatz	BW2 00-N	100 %	BW2 40-N	40 %
	BW2 70-N	70 %	BW2 35-N	35 %
	BW2 65-N	65 %	BW2 30-N	30 %
	BW2 60-N	60 %	BW2 25-N	25 %
	BW2 55-N	55 %	BW2 20-N	20 %
	BW2 50-N, BW2 50-NT	50 %	BW2 15-N	15 %
	BW2 45-N	45 %		

A Leistungen des Versicherers Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend dem jeweiligen versicherten Prozentsatz.

B Erstattungsfähige Aufwendungen Der Versicherer erstattet in diesem Tarif im Versicherungsfall die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BpflV 95, 17 KHEntgG), In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 ÖD "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde und die Aufwendung entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet wurde. Der Versicherer erstattet in diesem Rahmen außerdem die nach Anrechnung eventueller Beihilfeleistungen verbleibenden Kosten.

a) Sind Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BpflV, 17 KHEntgG), erstattet. Werden die gesondert berechenbare Unterkunft und/oder gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen nicht im vereinbarten Umfang in Anspruch genommen, so wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung.

b) Sind Krankenhausleistungen nicht nach nach der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden der Erstattung folgende Kosten zu Grunde gelegt: Die II. Pflegeklasse, d. h. die Differenz zwischen den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zusatzkosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Benutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Benutzung einer niedrigeren als der versicherten Pflegeklasse Wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung.

Ersatzleistung: Krankenhaustagegeld	Vers. Tarif	Unterkunft	Wahlärztliche Leistung	Bei Verzicht: Annahme III. Pflegeklasse
	BW 2 00-N	24,00 EUR	20,00 EUR	44,00 EUR
	70-N	16,80 EUR	14,00 EUR	30,80 EUR
	65-N	15,60 EUR	13,00 EUR	28,60 EUR
	60-N	14,40 EUR	12,00 EUR	26,40 EUR
	55-N	13,20 EUR	11,00 EUR	24,20 EUR
	50-N, 50-NT	12,00 EUR	10,00 EUR	22,00 EUR
	45-N	10,80 EUR	9,00 EUR	19,80 EUR
	40-N	9,60 EUR	8,00 EUR	17,60 EUR
	35-N	8,40 EUR	7,00 EUR	15,40 EUR
	30-N	7,20 EUR	6,00 EUR	13,20 EUR
	25-N	6,00 EUR	5,00 EUR	11,00 EUR
	20-N	4,80 EUR	4,00 EUR	8,80 EUR
	15-N	3,60 EUR	3,00 EUR	6,60 EUR

C Aufnahmefähigkeit Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge, sowie Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige können ebenfalls in diesem Tarif mitversichert werden.

D Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte	<p>Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt.</p> <p>Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.</p> <p>Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung</p>	<p>und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt, - für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und - der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.</p> <p>Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.</p> <p>Die Versicherung in Tarif BW2 50-NT wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif BW2 30-N umgestellt. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p>
E Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>1. Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie deren berücksichtigungsfähige nicht berufstätige Ehegatten sowie deren berücksichtigungsfähige Lebenspartner, jeweils bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres. b) in Berufsausbildung stehende oder studierende Kinder, für die Anspruch auf Beihilfe besteht und die weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen noch Vergütungen nach Tarifverträgen erhalten. <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Ausbildung endet, b) die Ausbildung aufgegeben oder für mehr als 6 Monate unterbrochen wird (es sei denn, die Unterbrechung erfolgt wegen Elternzeit), c) der Anspruch auf Beihilfe entfällt, d) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit eines Beamten auf Widerruf, entfallen die Besonderen Bedingungen für den Ehegatten oder Lebenspartner. Darüber hinaus entfallen diese Besonderen Bedingungen für den mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner mit Ablauf des Monats, in dem er eine Berufstätigkeit aufnimmt bzw. er einen eigenen Beihilfeanspruch erhält oder Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangt. Wir werden den Versicherungsschutz ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der genannten Ereignis</p>	<p>nisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weiter führen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>Ändert sich mit dem Wegfall der Besonderen Bedingungen der Beihilfebemessungssatz, werden wir den Versicherungsschutz auf Ihren Antrag des Versicherungsnehmers im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen bedarfsgerecht anpassen.</p> <p>3. Der zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).</p> <p>Nach jeweils 36 Monaten Laufzeit wird der Beitrag dem für Neuzugänge gültigen Beitrag angepasst. Dessen Höhe richtet sich nach dem dann erreichten Alter, welches nach den Grundsätzen zur Berechnung des Eintrittsalters ermittelt wird.</p> <p>4. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>5. Zu den unter 2. genannten Ereignissen ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses ein geeigneter Nachweis beim Versicherer einzureichen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes "A" gekennzeichnet.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB 2009) ÖD.

Gültig ab 01/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des

nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.