

Vorschlag

zur privaten Krankenversicherung bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Vertragsdaten Versicherungsbeginn01.03.2011

Bei den nachfolgend aufgeführten Beträgen handelt es sich um Monatsbeiträge.

Katja Beamtin, weiblich, geb. 01.01.1981

BONUS CARE-B	Tarif 936 124,82 € Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte, die einen Beihilfeanspruch für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung haben. Kompakttarif mit 30 % Erstattung für ambulante, stationäre (mit den Wahlleistungen 2-Bettzimmer und Privatarzt) und zahnärztliche Behandlung. Sechsmonatige Beitragsfreistellung während des Bezuges von Elterngeld. Der Beitrag enthält den gesetzlichen Zuschlag von EUR 11,35 zur Beitragsstabilität im Alter.	124,82 €
BONUS CARE-B	Tarif 939 64,14 € Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte, die einen Beihilfeanspruch für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung haben. Kompakttarif mit 20 % Erstattung für ambulante, stationäre (mit den Wahlleistungen 2-Bettzimmer und Privatarzt) und zahnärztliche Behandlung. Sechsmonatige Beitragsfreistellung während des Bezuges von Elterngeld.	64,14 €
Tarif BET	Tarifstufe 726 7,66 € Ergänzungstarif zur Leistungserstattung nach Anrechnung der Beihilfe und der Krankheitskostenversicherung. Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker. Brillen und Kontaktlinsen. Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien bei Zahnersatz, höchstens 10% der Gesamtaufwendungen (bis zu 2.500 EUR je Versicherungsjahr). Erstattung der Restkosten für im Ausland unvorhergesehen eingetretene Versicherungsfälle. Genesungspauschale in Höhe von 200 EUR nach stationärer Heilbehandlung. Der Beitrag enthält den gesetzlichen Zuschlag von EUR 0,70 zur Beitragsstabilität im Alter.	7,66 €
Krankenhaustagegeld	Tarif 795 4,28 € Ab dem 1. Tag einer stationären Heilbehandlung wird ein Krankenhaustagegeld in der vereinbarten Höhe von Euro 20,00 gezahlt	4,28 €
Pflegepflichtversicherung	Tarif 416 11,16 € Grundabsicherung des Pflegerisikos. Kostenerstattung bzw. Pflegegeldleistung bei ambulanter oder stationärer Pflege im tariflich festgelegten Umfang. Der Tarif wird brancheneinheitlich unter der Bezeichnung PVN angeboten.	11,16 €
Gesamtbeitrag:		212,06 €
Hiervon steuerlich absetzbar:		167,24 €
Gesamtbeitrag:		212,06 €

Der MÜNCHENER VEREIN sichert seit Jahren die Beiträge im Alter durch hohe Alterungsrückstellungen. Der im Gesamtbeitrag enthaltene gesetzliche Zuschlag von 12,05 € dient zur zusätzlichen Aufstockung dieser Rückstellungen, um eine Stabilisierung der Beitragsentwicklung im Alter zu erreichen.

Die detaillierte und vollständige Leistungsbeschreibung der genannten Tarife entnehmen Sie bitte den jeweiligen Tarifbestimmungen. Diese allein sind vertragsmaßgeblich. Auszugsweise finden Sie den Leistungsumfang auch in der beigefügten Anlage aufgeführt. Bei den in unserem Vorschlag genannten Beiträgen wurden normale Gesundheits- und Risikoverhältnisse vorausgesetzt.

**Anlage zum Vorschlag
für eine
Krankenversicherung bei der
MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.**

Diese Anlage informiert Sie auszugsweise über den Leistungsumfang der vorgeschlagenen Tarife.

Tarif
936

Leistungsbeschreibung

Der Versicherer leistet für die erstattungsfähigen Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung in folgendem Umfang:

In Tarifstufe	931	932	933	934	935	936	937	938	939
werden erstattet	70 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	20 %

Die Tarifstufe 939 kann nur zusammen mit der Tarifstufe 936 abgeschlossen werden. Der Erstattungssatz der Tarifstufen 936 und 939 beläuft sich bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, auf 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Mit Eintritt des Versorgungsfalls entfällt Tarifstufe 939 und der erstattungsfähige Prozentsatz reduziert sich auf 30 %.

Erstattet werden:

1. ambulant:

- ärztliche Leistungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - jeweils in Höhe des Prozentsatzes der vereinbarten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
 - jeweils zu 75 % des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein anderer als der Hausarzt in Anspruch genommen wird.
- Psychotherapie (bis 50 Sitzungen/Jahr)
- Heilpraktikerbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GebÜH
- logopädische Behandlung
- ergotherapeutische Behandlung
- Heil- und Hilfsmittel
- Sehhilfen (erstattet werden je versicherte Person die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Jahren, bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mind. 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitraums geleistet)
- Transporte
- Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung (ärztliche Leistungen, Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger)

2. stationär:

Regelleistungen:

- Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
- Belegärztliche Leistung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Wahlleistungen:

- Unterbringung im Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Bei Nichtinanspruchnahme einer der Wahlleistungen Zahlung eines zusätzlichen Krankenhausgegeldes.

3. zahnärztlich:

- Zahnbehandlung
- Prophylaxe
- Zahnersatz
- zahntechnische Laborarbeiten und Material
- kieferorthopädische Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ

In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Betrag von jeweils 2.000 EUR begrenzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

4. Beitragsfreistellung:
Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit.
Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.
5. Leistungen im Ausland:
Ärztliche Leistungen im europäischen und außereuropäischen Ausland soweit den dort üblichen Kosten entsprechend.

939

Der Versicherer leistet für die erstattungsfähigen Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung in folgendem Umfang:

In Tarifstufe	931	932	933	934	935	936	937	938	939
werden erstattet	70 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	20 %

Die Tarifstufe 939 kann nur zusammen mit der Tarifstufe 936 abgeschlossen werden. Der Erstattungssatz der Tarifstufen 936 und 939 beläuft sich bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, auf 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Mit Eintritt des Versorgungsfalls entfällt Tarifstufe 939 und der erstattungsfähige Prozentsatz reduziert sich auf 30 %.

Erstattet werden:

1. ambulant:
 - ärztliche Leistungen in Deutschland bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - jeweils in Höhe des Prozentsatzes der vereinbarten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
 - jeweils zu 75 % des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein anderer als der Hausarzt in Anspruch genommen wird.
 - Psychotherapie (bis 50 Sitzungen/Jahr)
 - Heilpraktikerbehandlung bis zu den Höchstsätzen der GebÜH
 - logopädische Behandlung
 - ergotherapeutische Behandlung
 - Heil- und Hilfsmittel
 - Sehhilfen (erstattet werden je versicherte Person die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR innerhalb von zwei Jahren, bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mind. 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitraums geleistet)
 - Transporte
 - Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
 - ambulante Entbindung oder Hausentbindung (ärztliche Leistungen, Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger)
2. stationär:

Regelleistungen:

 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
 - Belegärztliche Leistung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Wahlleistungen:

 - Unterbringung im Zweibettzimmer
 - privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

Bei Nichtinanspruchnahme einer der Wahlleistungen Zahlung eines zusätzlichen Krankenhausgeldes.

3. zahnärztlich:
- Zahnbehandlung
 - Prophylaxe
 - Zahnersatz
 - zahntechnische Laborarbeiten und Material
 - kieferorthopädische Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ

In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Betrag von jeweils 2.000 EUR begrenzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

4. Beitragsfreistellung:
 Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit.
 Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.
5. Leistungen im Ausland:
 Ärztliche Leistungen im europäischen und außereuropäischen Ausland soweit den dort üblichen Kosten entsprechend.

726

Versicherungsfähig sind Personen, für die bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. Tarife für Beihilfeberechtigte bestehen oder mitbeantragt werden.

Erstattungsfähig sind nach Anrechnung der Beihilfe und der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung verbleibende Kosten für
 Heilpraktiker

Untersuchungen und Behandlungen bis zu den Höchstsätzen des GebüH.

Brillen, Kontaktlinsen

- je versicherte Person innerhalb von zwei Jahren bis zu 150 EUR.

- bei Änderungen der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitraums geleistet.

Zahnersatz

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet werden.

Geleistet wird für erstattungsfähige Aufwendungen höchstens 10 % der Gesamtaufwendung für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, bis zu 2.500 EUR je versicherter Person und Versicherungsjahr.

Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von bis zu 6 Wochen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die verbleibenden Kosten für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung erstattet.

Im Fall einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von mindestens 21 Tagen wird eine Genesungspauschale von 200 EUR gezahlt. Die Leistung wird einmal im Versicherungsjahr erbracht. Sie ist nicht von einer Vorleistung der Beihilfe oder der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung abhängig.

In den Beihilfavorschriften vorgesehene Eigenbeteiligungen, Abzugbeträge, Kostendämpfungspauschalen oder ähnliches zählen nicht zu den Leistungen des Tarifs BET.

795

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthaltes wird ein Krankenhaustagegeld in der vertraglich vereinbarten Höhe bezahlt. Das Krankenhaustagegeld beträgt mindestens EUR 5. Höchstgrenzen gelten gemäß der Annahmerichtlinien.

416

Tarif PVB (416) beinhaltet eine brancheneinheitliche Grundabsicherung des Pflgerisikos für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.
 Zum Abschluß und zur Aufrechterhaltung eines solchen Versicherungsschutzes ist jede Person gesetzlich verpflichtet, die bei einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist.

Die Tarifleistungen betragen

- 1) 50% für Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind
- 2) 30% für Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern
- 3) 30% für Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden
- 4) 30% für bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer
- 5) 20% für bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen

der nachstehend genannten Beträge.

Im Falle des Eintritts einer Pflegebedürftigkeit werden je nach Pflegestufe

- | | |
|-----|----------------------------|
| I | erheblich Pflegebedürftige |
| II | Schwerpflegebedürftige |
| III | Schwerstpflegebedürftige |

folgende Leistungen erbracht:

1. Häusliche Pflegehilfe durch eine anerkannte Pflegeeinrichtung monatlich bis zu EUR 440 / 1.040 / 1.510
2. Pflegegeld für selbst sichergestellte Pflege monatlich bis zu EUR 225 / 430 / 685
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson bis zu EUR 1.510 je Kalenderjahr
4. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (näheres siehe Tarif PVB (416))
5. Teilstationäre Pflege
Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen je Kalendermonat bis zu EUR 440 / 1.040 / 1.510 erstattet
6. Kurzzeitpflege für vier Wochen im Kalenderjahr bis zu EUR 1.510
7. Vollstationäre Pflege bis zu EUR 1.023 / 1.279 / 1.510 je Kalendermonat
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
9. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
10. Zusätzliche Betreuungsleistungen bis zu 200 EUR monatlich

Serviceleistungen der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.

Der MÜNCHENER VEREIN ist mehr als eine Krankenversicherung!

Wir bieten unseren Kunden neben den Tarifleistungen auch folgende Serviceleistungen:

- **Rund um die Uhr erreichbar**

Unter der Servicenummer 0180 / 222 34 44 erreichen Sie Ihr Service-Team täglich rund um die Uhr!
Wenn Sie uns online etwas übermitteln möchten, schreiben Sie uns an info@muenchener-verein.de

- **Assistanceleistungen in der Pflegeversicherung**

Die **DEUTSCHE PRIVAT PFLEGE** mit ihrem flexiblen Baukastensystem schließt nicht nur Ihre Versorgungslücken in der Pflegeversicherung.

Die **PRIVATE PFLEGEKARTE** garantiert Ihnen bei Eintritt des Pflegefalls unsere Unterstützung:

Die Pflegehotline des MÜNCHENER VEREIN berät Sie zu allen Fragen rund um das Thema Pflege: Beantragen von Pflegeleistungen, Erlangung einer Pflegestufe, Verbesserung des Wohnumfeldes, Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen, Betreute Rückkehr in die eigene Wohnung und vieles mehr.

24 h Pflegeplatzgarantie: Der MÜNCHENER VEREIN vermittelt Ihnen innerhalb von 24 Stunden nach Meldung des Pflegefalls einen Platz in einem Pflegeheim in Deutschland – garantiert!

COMPASS-Pflegehotline: Mit der COMPASS Pflegehotlinenummer auf Ihrer Karte können Sie kostenlos das Angebot der Pflegeberatung der privaten Krankenversicherer nutzen.

- **Die MÜNCHENER VEREIN-Card für Privatversicherte**

Alle für die Absicherung von Gesundheitskosten versicherten Personen erhalten von uns eine Chip-Card. Damit können die persönlichen Patientendaten von den behandelnden Ärzten einfach und fehlerfrei zur Weiterverarbeitung, z.B. bei der Rezepterstellung, erfasst werden.

Im Falle einer stationären Heilbehandlung garantiert sie dem Krankenhaus die Kostenübernahme im Rahmen des Versicherungsschutzes. Die MÜNCHENER-VEREIN-Card für Privatversicherte ist ein zeitgemäßer Versicherungsausweis, der für alle Beteiligten von Vorteil ist.

- **Beitragsrückerstattung**

Seit mehr als fünfzig Jahren erhalten unsere Kunden, wenn sie keine Leistungen beansprucht haben, eine Beitragsrückerstattung von bis zu vier Monatsbeiträgen.

Produktinformationsblatt zur Krankenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Gegenstand des angebotenen Vertrags ist

- eine private Krankheitskostenvollversicherung mit Pflegepflichtversicherung

2. Welche Risiken sind versichert?

Zu versichernde Person(en):
Beamtin Katja, geb. 01.01.1981

Tarif(e):

- Tarif 416 Pflegepflichtversicherung (PVB)
- Tarif 936 BONUS CARE-B Wahlleistungen 30%
- Tarif 939 BONUS CARE-B Wahlleistungen 20%
- Tarif 726 Beihilfe-Ergänzungstarif
- Tarif 795 Krankenhaustagegeld

Bitte beachten Sie, dass die folgenden Angaben zu den versicherten Leistungen nur einen allgemeinen Überblick geben. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die Ihrem Vertrag zugrunde liegen. Sie bestehen in der Regel aus Musterbedingungen, Tarifbedingungen und dem Tarif mit Tarifbestimmungen. Bestimmte Vertragsgestaltungen regeln zusätzliche Besondere Bedingungen / Sonderbedingungen.

Tarif 936 BONUS CARE-B Wahlleistungen 30%

Tarif 726 Beihilfe-Ergänzungstarif

Tarif 939 BONUS CARE-B Wahlleistungen 20%

Die Krankheitskostenversicherung erstattet im vertraglichen Umfang Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Tarif 795 Krankenhaustagegeld

Die Krankenhaustagegeldversicherung leistet im vertraglichen Umfang während eines Krankenhausaufenthalts.

Tarif 416 Pflegepflichtversicherung (PVB)

Die Pflegepflichtversicherung ersetzt im vertraglichen Umfang Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld bei Pflegebedürftigkeit.

Dem angebotenen Vertrag liegen folgende Bedingungen zugrunde:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte Tarif BONUS CARE-B, Tarifstufen 931 - 939; Tarif BONUS CARE-BA, Tarifstufen 021 - 028 für Beamtenanwärter und Referendare; Aufbaustufe Tarif PLUS (Tarif 734)

- Tarifbedingungen Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Krankenhaustagegeld: Tarif 790 für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, Tarif 795 Krankenhaustagegeldversicherung
- Tarifbedingungen Beihilfeergänzungstarif, Tarifstufen 725, 726
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegepflichtversicherung
- Tarif 401, 416

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag, und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten? Was ist in den Beitrag einkalkuliert?

Der Beitrag für den angebotenen Versicherungsvertrag beträgt monatlich 212,06 EUR. Bitte beachten Sie, dass sich Ihr individueller Beitrag durch die Antragsprüfung noch ändern kann.

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, nicht aber vor dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt zu zahlen.

Alle weiteren Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats zu zahlen. Falls Sie uns eine Lastschriftermächtigung erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für eine ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Wenn Sie den Erstbeitrag aus eigenem Verschulden nicht rechtzeitig zahlen, können wir solange vom Vertrag zurücktreten, bis die Zahlung erfolgt ist. Außerdem werden wir dann im Versicherungsfall nicht leisten.

Wenn ein fälliger Folgebeitrag ausbleibt, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Monaten zu bezahlen. Sind Sie nach Fristablauf noch mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, kann dies dazu führen, dass wir ungeachtet des versicherten Leistungsumfangs nur noch Aufwendungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erstatten. Für jeden angefangenen Monat des Rückstandes sind ein Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in Höhe von 5 Euro je Mahnung zu entrichten.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Beitragszahlung“.

In den Versicherungsbeitrag sind bereits Beträge für Abschlusskosten Ihres Vertrages sowie Aufwendungen für die laufende Betreuung und Verwaltung des Versicherungsvertrages einkalkuliert. Diese fallen also nicht zusätzlich an.

Die Abschlusskosten in Höhe von einmalig 1.795,34 Euro umfassen die Leistungen bis zum Zustandekommen Ihres Vertrages, z.B. für Risikoprüfung, Beratungsaufwand, Berechnungen und Vertragsunterlagen.

Die einkalkulierten Servicekosten für die Kundenbetreuung während der Laufzeit des Vertrags (einschließlich Berechnungen und Unterlagen) betragen pro Monat 19,90 Euro; diese fallen über die gesamte Vertragslaufzeit an. Darüber hinaus sind Kosten für die optimale Vertragsverwaltung (EDV-Kosten, Personalkosten) und Geldanlage sowie für die fachliche Betreuung in Höhe von 8,75 Euro in den Monatsbeitrag einkalkuliert; auch diese fallen über die gesamte Vertragslaufzeit an.

Lediglich aus besonderem Anlass können ausnahmsweise weitere Kosten entstehen, die nicht in Ihrem Beitrag enthalten sind. Bei Rückkläufem im Lastschriftverfahren geben wir die Kosten weiter, die uns die Bank des Zahlungspflichtigen hierfür in Rechnung stellt (in der Regel z.Zt.

3,00 Euro); für die Anmahnung nicht bezahlter, fälliger Beiträge berechnen wir eine Mahngebühr von 2,50 Euro je Mahnschreiben.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Bitte beachten Sie, dass wir im Interesse aller Versicherten bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen bzw. eine Erstattung von bestimmten Voraussetzungen abhängig machen müssen.

Ein Leistungsausschluss besteht z.B. grundsätzlich für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren. In der Krankheitskostenversicherung bestehen z.B. grundsätzlich keine Leistungsansprüche für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Leistungsansprüche für stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen, bestehen nur, wenn die Leistungen vor Beginn der Behandlung durch uns schriftlich zugesagt worden sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Weitere Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Einschränkung der Leistungspflicht“.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten? Welche Folgen kann eine Nichtbeachtung dieser Pflichten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular bzw. einer den Antrag ergänzenden „Risiko- und Gesundheitserklärung“ enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen – auch noch nach längerer Zeit – vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn ggf. sogar anfechten; gegebenenfalls müssen wir keine Versicherungsleistungen erbringen.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten? Welche Folgen kann eine Verletzung dieser Pflichten haben?

Während der Laufzeit des Vertrages sind gewisse Obliegenheiten von Ihnen zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Sollte sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit.

Wenn Sie eine weitere Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer abschließen, zeigen Sie uns dies bitte unverzüglich an.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Obliegenheiten“

Wenn Sie diese Pflichten nicht beachten, können wir gegebenenfalls Versicherungsleistungen verweigern. Unter Umständen können wir auch den Vertrag oder Teile des Vertrags kündigen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls? Welche Folgen kann eine Verletzung dieser Pflichten haben?

Bei Eintritt des Versicherungsfalls sind ebenfalls Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Als Versicherungsnehmer müssen Sie auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Jede versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens bzw. für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Eintritt, Wegfall und jede Minderung einer Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Obliegenheiten“.

Bitte beachten Sie, dass die Nichtbeachtung dieser Verpflichtungen schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben kann. Wir könnten gegebenenfalls die Leistung verweigern, und Sie könnten Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar gänzlich verlieren .

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Der Vertrag wird auf unbefristete Dauer geschlossen nach den Tarifen:

- Tarif 936 BONUS CARE-B Wahlleistungen 30%
- Tarif 726 Beihilfe-Ergänzungstarif
- Tarif 939 BONUS CARE-B Wahlleistungen 20%

Der Vertrag wird auf die Dauer von zwei Jahren geschlossen nach den Tarifen:

- Tarif 795 Krankenhaustagegeld

Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“.

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

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre.

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, bei Anspruch auf Familienversicherung oder bei nicht nur vorübergehendem Anspruch auf freie Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis und bei nicht nur vorübergehendem Wegzug aus Deutschland besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht für die Krankheitskostenvollversicherung / Pflegepflichtversicherung.

Eine Kündigung der Krankheitskosten-Vollversicherung und der Pflegepflichtversicherung ist nur möglich, wenn Sie uns eine Anschlussversicherung nachweisen.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“.

Weitere Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes zur Krankenversicherung

Informationen zum Versicherer

Ihr Vertragspartner ist die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. mit Sitz in München, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht München unter HRB 764. Das Unternehmen wird vertreten durch den Vorstand. Mitglieder des Vorstands sind: Dr. Rainer Reitzler (Vorsitzender), Hartmut Krause und Andrea Wozniak

Die Anschrift des Versicherers lautet:

MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G.
Pettenkofenstr. 19
80336 München

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht satzungsgemäß in der Gewährung von Krankenversicherungsschutz an die Mitglieder des Versicherungsvereins.

Ihre Ansprüche als Versicherungsnehmer sowie die Ansprüche versicherter Personen, Bezugsberechtigter und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen sind durch die Zugehörigkeit der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. zur Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln abgesichert. Die Medicator AG ist ein Sicherungsfonds im Sinne der §§ 124 ff. Versicherungsaufsichtsgesetz.

Informationen zur angebotenen Leistung und Allgemeine Versicherungsbedingungen

Welche Leistungen Ihr Vertrag umfasst und welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarifbestimmungen für Ihren Vertrag gelten, entnehmen Sie bitte Ziffer 1 und 2 des Produktinformationsblatts. In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung geregelt.

Informationen zur Prämie

Der Gesamtpreis Ihrer Versicherung beträgt monatlich **212,06 EUR**.

Davon entfallen

200,90 EUR auf den Krankenversicherungsvertrag

11,16 EUR auf den Pflegepflichtversicherungsvertrag

Die Preise für die einzelnen zu versichernden Personen und Tarife entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Angebot. Die Information über den zu zahlenden Beitrag steht unter dem Vorbehalt, dass sich die für die Berechnung maßgeblichen Umstände bis zum Vertragsschluss nicht ändern. Zusätzlich zum genannten Preis fallen grundsätzlich keine weiteren Kosten, Steuern oder Gebühren an.

Weitere Informationen zum Thema „Kosten“ entnehmen Sie bitte Ziffer 3 des Produktinformationsblatts.

Weitere Einzelheiten zur Prämienzahlung und Erfüllung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Beitragszahlung“.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages

Ihr Vertrag kommt durch unsere ausdrückliche Annahmeerklärung oder mit Übersendung oder Aushändigung des Versicherungsscheins an Sie zustande. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

Die Versicherung und der Versicherungsschutz beginnen – vorbehaltlich einer späteren abweichenden Vereinbarung - zu dem beantragten Zeitpunkt. Der Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes wird zudem im Versicherungsschein ausgewiesen. Weitere Informationen zum Versicherungsbeginn enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G., KVB-Team, 80283 München (oder Hausanschrift: Pettenkofenstr. 19, 80336 München). Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Fax-Nummer zu richten: (089) 5152-4020.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Beitrag beträgt der Einbehalt bei vereinbarter monatlicher Zahlungsweise 1/30, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 1/90, bei halbjährlicher Zahlungsweise 1/180, bei jährlicher Zahlungsweise 1/360 für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Soweit und solange wir Sie über Ihr Widerrufsrecht nicht oder nicht ordnungsgemäß belehrt haben, beginnt die Widerrufsfrist nicht zu laufen.

Vertragsdauer/Vertragsbeendigung

Informationen zu Vertragsdauer und Kündigungsmöglichkeiten entnehmen Sie bitte den Ziffern 8 und 9 des Produktinformationsblatts.

Weitere Einzelheiten zur Vertragsdauer bzw. zur Vertragsbeendigung entnehmen Sie bitte ggf. den Tarifbestimmungen bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter dem Thema „Ende der Versicherung“.

Vertragsrecht und -sprache

Auf die vorvertraglichen Beziehungen und das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

Eine vertragliche Regelung über das auf den Vertrag anwendbare Recht sowie über das zuständige Gericht enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Themen „Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ und „Gerichtsstand“.

Die Mitteilung der Vertragsbedingungen und der Vorabinformationen gemäß VVG-Infopflichtverordnung sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgen in deutscher Sprache.

Informationen zur Schlichtung von Streitigkeiten

Wir sind stets bemüht, im Vertragsverhältnis alles zu Ihrer Zufriedenheit zu gestalten. Sollte es gleichwohl einmal zu Unstimmigkeiten kommen, über die wir kein Einvernehmen erzielen können, haben Sie die Möglichkeit, sich außergerichtlich an den

**Ombudsmann für die private
Kranken- und Pflegeversicherung**

Kronenstraße 13
10117 Berlin
Tel.: 0 18 02 / 55 04 44
Fax: 0 30 / 20 45 89 31

zu wenden.

Der Ombudsmann ist auch Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zwischen Versicherten und Versicherungsvermittlern.

Der Ombudsmann nimmt sich kostenfrei der Anliegen von Versicherten zu ihrem Versicherungsschutz an. Er behandelt eine Beschwerde nicht, wenn diese bereits vor einem Gericht, einer Schiedsstelle oder einer anderen Streitschlichtungseinrichtung verhandelt wird oder vor einer solchen Stelle entschieden wurde, ebenso dann nicht, solange die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht damit befasst ist.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt unberührt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.pkv-ombudsmann.de.

Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

zu wenden.

Sonstige Informationen zur Krankenversicherung

Beitragsberechnung und Beitragsentwicklung

Die Kalkulation der Beiträge in der privaten Krankenversicherung sieht – bei unveränderten Kalkulationsgrundlagen – gleich bleibende Tarifbeiträge während der gesamten Vertragsdauer vor. Das mit zunehmendem Alter wachsende Krankheits- bzw. Kostenrisiko wird in dieser Kalkulation insofern berücksichtigt, als vom Versicherungsbeginn an ein Teil des zu zahlenden Beitrags der sogenannten „Alterungsrückstellung“ zugeführt und dort angesammelt wird; diese Mittel werden dann im Alter zur Finanzierung der steigenden Versicherungsleistungen verwendet.

In der Beitragskalkulation bzw. in der Alterungsrückstellung nicht von vornherein berücksichtigt werden können jedoch Faktoren, die längerfristig nicht abschätzbar sind, insbesondere die künftige Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Diese kann erheblich von der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten abweichen. Steigen infolge der Kostenentwicklung unsere Leistungsaufwendungen in einem Tarif über das kalkulierte Maß hinaus, kann daher eine Erhöhung der Beiträge in dem betreffenden Tarif erforderlich werden. Für die Bemessung des im Falle einer Anpassung zu erhebenden Zusatzbeitrags ist dann nicht das ursprüngliche, sondern das erreichte Alter maßgeblich.

Um der Gefahr erheblich steigender Beiträge gerade bei älteren Versicherten zu begegnen, werden seit 1992 aus erwirtschafteten Überschüssen zusätzliche Rückstellungen gebildet. Weitere Zusatzrückstellungen erwachsen aus dem gesetzlichen Beitragszuschlag, der bei Vollversicherten im Alter von 21 bis 60 erhoben wird. Diese Zusatzrückstellungen dienen dazu, den Beitrag ab Alter 65 konstant zu halten bzw. ggf. erforderliche Beitragsanpassungen abzuwenden oder zumindest abzumildern. Heute schon über 65-jährigen Versicherten werden zum Zwecke der Beitragsstabilisierung bzw. -ermäßigung darüber hinausgehend Beträge aus Zinserträgen direkt gutgeschrieben.

Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Älteren Vollversicherten steht bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Möglichkeit eines Wechsels in den brancheneinheitlichen Standardtarif offen. Dieser bietet der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbare Leistungen; der Beitrag ist nach oben auf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag begrenzt. Bei Beihilfeberechtigten reduzieren sich Leistungsumfang und Höchstbeitrag im Standardtarif nach Maßgabe des Beihilfesatzes.

Darüber hinaus haben die Versicherten jederzeit die Möglichkeit, durch Wechsel in leistungsschwächere Tarife ihren Beitrag zu reduzieren und dadurch einen mindestens mit dem Leistungsspektrum der GKV vergleichbaren Versicherungsschutz zu erwerben. Im bisherigen Tarif angesammelte Rückstellungen werden im Falle eines Tarifwechsels in Form eines Abschlags angerechnet. Weiterhin bieten wir die Möglichkeit, durch Entrichtung eines Beitragszuschlags eine zusätzliche Beitragsentlastung ab Alter 65 vorauszufinanzieren. Im Bedarfsfall beraten wir Sie gern über alle Ihnen offen stehenden Alternativen.

Wechsel in die GKV im Alter

Wir weisen darauf hin, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist.

Wechsel in der PKV im Alter

Wir weisen zudem darauf hin, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und ggf. auf einen Wechsel in den Standardtarif oder (ab 01.01.2009) den Basistarif beschränkt ist.

Übersicht zur Beitragsentwicklung

Die folgende Tabelle zeigt Ihnen, wie sich die Beiträge für eine/n vor zehn Jahren mit Alter 35 eingetretene/n Versicherte/n gleichen Geschlechts in den von Ihnen gewählten Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung, Krankentagegeldversicherung und Pflegepflichtversicherung entwickelt haben (in EUR, ohne gesetzlichen Beitragszuschlag):

Beamtin Katja, 01.01.1981

Tarife	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
936 W	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	111,92	115,04	115,04
726 W	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,21	7,20	7,20	7,20	7,20
416 W	14,21	14,21	13,61	13,61	13,14	13,14	13,14	13,59	13,59	13,59	13,59
939 W	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	60,08	63,09	63,09

Tarif 936 wurde im Jahr 2009 eingeführt. Wegen der kurzen Zeit seit der Einführung ist die Aussagekraft der dargestellten Beitragsübersicht begrenzt. Deshalb stellen wir zusätzlich den Verlauf der Beitragsentwicklung in einem vergleichbaren Versicherungsschutz nach folgenden Tarif(en) dar:

Tarife	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
716 W	63,50	63,50	63,50	63,50	70,69	70,69	70,69	80,61	80,61	93,74	93,74
746 W	28,53	28,53	25,81	31,01	31,01	26,93	26,93	31,56	31,56	35,77	40,58
786 W	17,49	17,49	20,60	20,60	20,60	22,95	22,95	22,95	22,95	22,95	25,41

Tarif 726: Einen vergleichbaren Tarif, der bereits seit zehn Jahren besteht, gibt es nicht. Insofern ist eine ergänzende, auf zehn Jahre bezogene Darstellung der Beitragsentwicklung für einen solchen Tarif nicht möglich.

Tarif 939 wurde im Jahr 2009 eingeführt. Wegen der kurzen Zeit seit der Einführung ist die Aussagekraft der dargestellten Beitragsübersicht begrenzt. Deshalb stellen wir zusätzlich den Verlauf der Beitragsentwicklung in einem vergleichbaren Versicherungsschutz nach folgenden Tarif(en) dar:

Tarife	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
718 W	42,33	42,33	42,33	42,33	47,10	47,10	47,10	53,71	53,71	62,47	62,47
748 W	19,02	19,02	17,26	20,72	20,72	18,01	18,01	21,10	21,10	23,90	27,11
788 W	11,66	11,66	13,71	13,71	13,71	15,27	15,27	15,27	15,27	15,27	16,91

Bitte beachten Sie, dass aus der Beitragsentwicklung der vergangenen Jahre nicht auf die zukünftige Entwicklung geschlossen werden kann.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als 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 – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 (AVB/KK 2009)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8 a Beitragsberechnung
- § 8 b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 19 Wechsel in den Standardtarif
- § 20 Wechsel in den Basistarif

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

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

- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- 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.

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

Teil II

1. Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 4 wird - sofern der Tarif nichts anderes vorsieht - während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der Versicherungsschutz mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung für die ersten sechs Monate auf die ganze Welt ausgedehnt. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer spätestens zum ersten Werktag des 4. Monats eine zustellungsfähige Korrespondenzanschrift mitzuteilen. Der Versicherungsschutz verlängert sich, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Der Beginn des Auslandsaufenthaltes ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

2. Überschreitet der Aufenthalt der versicherten Person sechs Monate bzw. wird der gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt, so kann der Versicherungsnehmer während der ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes verlangen, den Versicherungsschutz auf die gesamte Dauer des Auslandsaufenthaltes der versicherten Person auszudehnen. Abweichend von § 1 Teil I Abs. 5 verzichtet der Versicherer insoweit auf sein Recht, die Leistungen auf den Betrag zu kürzen, der bei einer

Behandlung im Inland angefallen wäre. Hierüber ist eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zu treffen, in deren Rahmen der Versicherer einen angemessenen Beitragszuschlag erheben darf. Dieser Zuschlag ist erstmals zu Beginn des siebten Monats des Auslandsaufenthaltes zu zahlen. Bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland entfällt der vereinbarte Beitragszuschlag ab dem Ersten des auf den Zeitpunkt der Rückkehr folgenden Kalendermonats. Die Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

3. Ergänzend zu § 1 Teil I Abs. 6 gilt: Bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der Versicherungsnehmer das Recht, für sich und die mitversicherten Personen, seine substitutive Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine GKV-Zusatzversicherung umzustellen. Voraussetzungen dafür sind:

(a) Der Versicherungsschutz der GKV-Zusatzversicherung ist nicht höher oder umfassender als der Versicherungsschutz der bisher bestandenen substitutiven Krankenversicherung. Dabei wird ein betragsmäßig festgelegter tariflicher Selbstbehalt in der substitutiven Krankenversicherung nicht berücksichtigt.

(b) Die Umwandlung muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt werden, wobei der Versicherungsbeginn der GKV-Zusatzversicherung nahtlos an das Ende der substitutiven Krankenversicherung anschließen muss. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

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 Vervollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II

Ergänzend zu § 2 Teil I Abs. 2

- sind bei Geburt bestehende Anomalien und Erbkrankheiten ohne Risikozuschlag und ohne Wartezeiten vom Versicherungsschutz umfasst;

- darf der Versicherungsschutz des Neugeborenen so umfassend sein wie der höherwertigere Versicherungsschutz eines der beiden Elternteile. Überdies kann in der substitutiven Krankenversicherung ein geringerer tariflicher Selbstbehalt gewählt werden als der eines oder beider beim MÜNCHENER VEREIN versicherter Elternteile.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt:

- bei Unfällen;
- für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) 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 ausgeschlossen 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.

Teil II

1. Die Wartezeiten können mit Ausnahme für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erlassen werden. Dazu muss der Versicherungsnehmer für die ohne Wartezeit zu versichernden Personen ärztliche Zeugnisse über deren Gesundheitszustand auf einem Formblatt des Versicherers vorlegen. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

2. Gehen die ärztlichen Befundberichte nicht innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

3. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

4. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel aus einem Tarif mit vergleichbaren Leistungen sowie bei einem Wechsel gemäß § 1 Teil II Abs. 3 wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet. Ausgenommen hiervon sind Erhöhungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie der Krankenhaustagegeld-Versicherung.

5. Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Wechsel des Tarifs) zwar grundsätzliche Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist.

Die Vergünstigungen gem. Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert oder wegfällt, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt werden. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs oder dessen Wegfall sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

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

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

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

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

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

Teil II

1. Sofern der Tarif einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt vorsieht, reduziert sich dieser im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Bei Beendigung der Versicherung innerhalb eines Kalenderjahres ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht. Bei einem Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerem betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß; für den Selbstbehalt nach dem bisherigen Tarif gilt Satz 2 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherem betragsmäßig festgelegtem Selbstbehalt gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils tariflich vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird hierauf angerechnet.

2. Werden die Krankenhausleistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntG in der jeweils gültigen Fassung berechnet, so gelten als Regelleistungen die Inanspruchnahme des Mehrbettzimmers, die Pflegesätze, ärztliche Leistungen, soweit sie ohne gesonderte Vereinbarung berechnet werden dürfen, die Inanspruchnahme von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern sowie von Beleghebammen und -entbindungspflegern.

3. Ärzten gemäß § 4 Teil I Abs. 2 gleichgestellt sind in eigener Praxis tätige und im Arztregister eingetragene Psychologische Psychotherapeuten. Satz 1 gilt entsprechend für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ergänzend können auch Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Podologen) in Anspruch genommen werden.

4. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 kann die versicherte Person auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

5. Ergänzend zu § 4 Teil I Abs. 2 wird für die ambulante Heilbehandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern, die den Voraussetzungen von § 4 Teil I Abs. 4 genügen, im vertraglichen Umfang geleistet.

6. Abweichend von § 4 Teil I Abs. 3 ist die Verordnung sowie die Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Sehhilfe auch durch einen Augenoptikermeister möglich.

7. Bei stationärer Heilbehandlung

- sind Regelleistungen die Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der jeweiligen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG), die Kosten für Belegärzte, freiberufliche Hebammen und Entbindungspflegern sowie Beleghebammen und -entbindungspfleger,
- sind Wahlleistungen die vereinbarte und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer sowie eine gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung;
- leistet der Versicherer auch für die Kosten einer
 - psychoanalytischen oder psychotherapeutischen Behandlung;
 - Anschlussheilbehandlung;wird die stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten im Sinne von § 4 Teil I Abs. 5 durchgeführt, bedarf dies der vorherigen schriftlichen Zustimmung;
- leistet der Versicherer auch für die
 - medizinisch notwendige vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGBV (siehe Anhang);
 - gesondert berechenbaren Kosten der Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen;
 - die gesondert berechenbaren Kosten für die Begleitperson, soweit medizinisch notwendig.

8. Werden die Krankenhausleistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntG in der jeweils gültigen Fassung berechnet, so gelten als Regelleistungen die Inanspruchnahme des Mehrbettzimmers, die Pflegesätze, ärztliche Leistungen, soweit sie ohne gesonderte Vereinbarung berechnet werden dürfen, die Inanspruchnahme von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern sowie von Beleghebammen und -entbindungspflegern.

9. Als öffentliche Krankenhäuser gemäß § 4 Teil I Abs. 4 gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

10. Abweichend von § 4 Teil I Abs. 5 beruft sich der Versicherer auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute

Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder

- **ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden, die in jedem Krankenhaus, das die Voraussetzungen von § 4 Teil I Abs. 4 erfüllt, in der gleichen Art und Weise hätten durchgeführt werden können.**

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem 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 Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

1. **Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird abweichend zu § 5 Teil I Abs. 1 a der Leistungsausschluss nur auf die Fälle begrenzt, in denen sich die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig einem Kriegsereignis aussetzt bzw. nach Ausbruch von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen nicht innerhalb von 7 Tagen in die Bundesrepublik Deutschland oder ein sicheres Drittland ausreist, es sei denn, dass dem Versicherten, aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat die Ausreise nicht möglich ist.**
2. **Abweichend von § 5 Teil I Abs. 1 b sind in der substitutiven Krankenversicherung für die erste stationäre Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme seit Beginn der Versicherung 80 % der allgemeinen Krankenhausleistungen bis zur Dauer eines Aufenthaltes von 8 Wochen erstattungsfähig. Voraussetzung für eine Leistungserbringung ist die vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer. Der Versicherer wird die Zusage dann erteilen, falls kein anderweitiger Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung oder Sachleistung für diese Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahme besteht.**
3. **Unabhängig vom versicherten Tarif sind stationäre Wahlleistungen bei Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen nicht erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird ebenfalls nicht geleistet, auch dann nicht, wenn eine Krankenhaustagegeldversicherung besteht.**

Für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort wird entgegen § 5 Teil I Abs. 1 e im tariflichen Umfange geleistet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (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 bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II

1. Die Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Krankenversicherer an den Kosten beteiligt, sind Zweitschriften mit Erstattungsvermerk erforderlich.

Die Rechnungen müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Behandlungstage, Einzelleistungen.

Rezepte sind mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel mit der Verordnung einzureichen.

2. Bei stationärer Heilbehandlung müssen die Kosten für Wahlleistungen spezifiziert sein.

3. Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen auf ein Inlandskonto und Kosten für Übersetzungen werden von den Leistungen nicht abgezogen.

4. Ist ein Krankenhausaussweis ausgegeben worden, gilt das Abtreibungsverbot gem. § 6 Teil I Abs. 6 insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
3. 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 Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem

1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Beitrag wird verzinst.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart ist, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – 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 EUR je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch 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 gemäß § 12 Abs. 1 a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

7. Bei anderen als den in Absatz 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.

8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund 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.

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

Teil II

1. Für den Einschluss von Vorerkrankungen können Zuschläge zum Tarifbeitrag vereinbart werden

2. Bei säumiger Zahlung werden Mahnkosten in Höhe von 2,50 EUR neben den Portokosten erhoben.

3. Beitragsrückerstattung

3.1 Die Beitragsrückerstattung ist erfolgsabhängig. Höhe und Zeitpunkt sowie Art der Ausschüttung beschließt satzungsgemäß die Hauptversammlung.

Wird eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ausgezahlt oder gutgeschrieben, so ist teilnahmeberechtigt jede versicherte Person, wenn

a) für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nach keinem der abgeschlossenen Tarife für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung erbracht wurden. Nach Beschluss der Hauptversamm-

lung kann an Stelle der vorstehenden Regelung auch für leistungs-freie Tarifarten (ambulante Heilbehandlung; stationäre Heilbehandlung; Krankenhaustagegeldversicherung; Kur- und Sanatoriumsbehandlung; zahnärztliche Behandlung) eine Beitragsrückerstattung gewährt werden,

b) für das abgelaufene Kalenderjahr die zwölf monatlichen Beitragsraten für den ganzen Vertrag rechtzeitig und ohne Verzug bezahlt wurden und

c) deren Versicherung am 1. Juli des folgenden Jahres noch besteht, es sei denn, dass sie durch Tod erloschen ist oder bei Eintritt der Krankenversicherungspflicht bzw. Erlangung eines Anspruchs auf Familienhilfe beendet werden musste.

3.2 Die Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass in mehreren aufeinander folgenden Kalenderjahren keine Leistungen beansprucht wurden.

3.3 Die Berechnungsgrundlage für die Beitragsrückerstattung ist die durchschnittliche monatliche Beitragsrate je Tarifart im abgelaufenen Kalenderjahr.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I

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

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

Teil II

1. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

2. Kinder zahlen bis zum Ende des Jahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0 – 15. Vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 16 – 20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu entrichten.

3. Zur Finanzierung künftiger oder sofortiger Prämienermäßigungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentariifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, jährlich zusätzliche Beträge entsprechend den gesetzlichen Vorschriften direkt gutgeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung in den technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I

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 wer-

den auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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.

Teil II

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b Teil I Abs. 1 beträgt bei der Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen 10 %. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Bei der Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten beträgt der tarifliche Vomhundertsatz 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

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

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

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.

Teil II

1. Auf die Anzeige der Krankenhausbehandlung nach § 9 Teil I Abs. 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Abs. 5 bleibt unberührt.

2. Der Versicherer verzichtet auf seine Einwilligung gemäß § 9 Teil I Abs. 6 für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die ausschließlich Leistungen bei unfallbedingter Krankenhausbehandlung vorsieht.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

2. Wird 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 auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gem. § 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Teil I

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.

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

3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine 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, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Falle 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.

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

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 Absätzen 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 Nummer 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 geschlossene 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.

Teil II

1. Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, ist sie unbefristet, wobei eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren als vereinbart gilt. Im Übrigen wird der Vertrag auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen; er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr (Versicherungsjahr), wenn er nicht vom Versicherungsnehmer zum jeweiligen Ablauf mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

2. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

3. In Ergänzung zu § 13 Teil I Abs. 8 gilt: Bei der Berechnung des aufgebauten Übertragungswertes wird der Basistarif (§ 12 Abs. 1 Nummer 5 VAG – siehe Anhang) ohne jährlichen Selbstbehalt (vgl. Selbstbehaltstufen gem. § 12 Abs. 1 a VAG – siehe Anhang) zu Grunde gelegt.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

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 Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

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

Teil II

Für eine Krankheitskostenteilversicherung verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

Nach Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verzichtet der Versicherer bei einer Krankenhaustagegeldversicherung auf sein Kündigungsrecht gemäß § 14 Teil I Abs. 2, sofern die Krankenhaustagegeldversicherung ursprünglich zusammen mit einer substitutiven Krankenversicherung bestand.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

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

Teil II

1. Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. Entsprechendes gilt auch im Falle der Trennung von Lebenspartnern gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz.

2. Der Versicherer verzichtet auf das Recht der Beendigung des Vertrages gemäß § 15 Teil I Abs. 3, sofern eine schriftliche Vereinbarung gemäß § 1 Teil II Abs. 2 geschlossen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

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

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

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 Versicherungsnehmers 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

Teil I

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die in § 257 Abs. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

2. Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

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

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Abs. 1 - 3 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 Abs. 1 und 2 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 Abs. 1 - 4 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmer 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 Abs. 3 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 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung 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 Satz 1.

§ 195 Abs. 1 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.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 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.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 95 Abs. 1 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 257 Abs. 2 – 2b Beitragszuschüsse für Beschäftigte in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, [bis 31.12.2008: der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245)] [ab 01.01.2009: der bei Anwendung des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragssatzes] und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, [bis 31.12.2008: sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden] [ab 01.01.2009: findet der Beitragssatz nach § 243 Anwendung]. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2.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 ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2.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,
- 2.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 Versicherungsarten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

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

(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 zuschussberechtigten 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 1 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.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Abs. 1 Nummer 5 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 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.

§ 12 Abs. 1 a Substitutive Krankenversicherung

(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.

Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

BONUS CARE-B

Tarifestufen 931 - 939

BONUS CARE-BA

Tarifestufen 021 - 028 für Beamtenanwärter und Referendare

Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

für Wahlleistung Einbettzimmer

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherungen
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

Inhaltsverzeichnis

- A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit
- B. Leistungen des Versicherers
 - 1. Ambulante Heilbehandlung
 - 2. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung
 - 3. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung
(Aufbaustufe Tarif PLUS - T. 734)
 - 4. Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie
 - 5. Leistungen im Ausland
- C. Beitragsrückerstattung
- D. Leistungen des Versicherungsnehmers
- E. Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld
- F. Leistungsanpassung
- G. Weiterversicherung
- H. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)
- I. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden
- K. Sonderbedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1. Aufnahme- und versicherungsfähig im Tarif BONUS CARE-B (Tarifstufen 931 - 938) sowie der Aufbaustufe Tarif PLUS sind sowohl aktive als auch pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen sowie Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls nach diesem Tarif mitversichert werden. Für Beamtenanwärter und Referendare gibt es Sonderbedingungen (siehe Buchstabe K.). Die Aufbaustufe Tarif PLUS kann nur zusammen mit einem Tarif, der für die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung leistet, abgeschlossen werden.

2. Die Tarifstufe 939 kann nur zusammen mit der Tarifstufe 936 abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Sie ist beihilfeberechtigten Personen vorbehalten, deren Beihilfebemessungssatz nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften 50 % beträgt und mit Eintritt des Versorgungsfalls auf 70 % ansteigt.

Der prozentuale Erstattungssatz der Tarifstufen 936 und 939 beläuft sich bis zum Eintritt des Versorgungsfalls, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, auf insgesamt 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Mit dem Eintritt des Versorgungsfalls und Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % entfällt die Tarifstufe 939. Die Tarifstufe 936 mit dem erstattungsfähigen Prozentsatz von 30 % bleibt bestehen.

Wird mit dem Eintritt des Versorgungsfalls bzw. Erreichens des 67. Lebensjahres weiterhin ein die Beihilfe ergänzender Versicherungsschutz von 50 % benötigt, ist ein Wechsel von den Tarifstufen 936 und 939 in die Tarifstufe 932 vorzunehmen. Die erworbenen Rechte werden angerechnet. Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt. Mit dem Wechsel ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

B. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer leistet für die erstattungsfähigen Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung in folgendem Umfang:

In Tarifstufe (BONUS CARE-B)	931	932	933	934	935	936	937	938	939
und Tarifstufe (BONUS CARE-BA, s. Buchstabe K.)	021	022	023	024	025	026	027	028	-
werden erstattet	70 %	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %	25 %	20 %	20 %

Die Summe aus Beihilfebemessungssatz und dem Prozentsatz der versicherten Tarifstufe muss stets 100 % ergeben. Ergibt sich in einzelnen Leistungsbereichen ein höherer Wert, so beziehen sich die erstattungsfähigen Kosten auf die Differenz zwischen 100 % und dem Beihilfebemessungssatz.

Die jährliche tarifliche Eigenbeteiligung, bestehend aus den jeweils pro Kalenderjahr anfallenden prozentualen Beteiligungen der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß B. Ziff. 1 bei ärztlichen Leistungen und ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln wird auf den sich für Beihilfeberechtigte aus § 193 Abs. 3 VVG ergebenden Betrag begrenzt.

1. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten

und

ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel

- jeweils in Höhe des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein Hausarzt in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen;
- jeweils zu 75 % des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein anderer als ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
- Als Hausarzt gilt: Arzt ohne Gebietsbezeichnung, praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, als Hausarzt tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang, Ziff. 2), Facharzt für Gynäkologie, Facharzt für Augenerkrankungen, Facharzt für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang, Ziff. 3), Notarzt, Bereitschaftsarzt.
- Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden. Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungsmittel, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer - auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.

- psychotherapeutische Behandlung

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren jeweilige Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet. Erstattungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Versicherungsjahr.

- Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.

- **Heilpraktikerbehandlung**
Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel. Als solche gelten nicht die oben unter Arzneimittel ausgeschlossenen Mittel.
- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege**
Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.
- **logopädische Behandlung**
Erstattungsfähig sind die Behandlungskosten bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.
- **Heilmittel**
Erstattungsfähig sind die Kosten bis zur jeweils beihilfefähigen Höhe.
Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin.
Die in den Beihilfeverordnungen genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)
Erstattungsfähig sind die Kosten für beihilfefähige Hilfsmittel.
Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
- **Sehhilfen** (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen)
 - Erstattet werden je versicherte Person innerhalb von zwei Jahren Kosten bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR.
 - Bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitrahmens geleistet.
- **Transporte**
zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit sie medizinisch notwendig sind und ärztlich bescheinigt werden.
- **Vorsorgeuntersuchungen** (siehe auch nachfolgend unter C.)
Erstattungsfähig sind die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 bis 29 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
- **Schutzimpfungen** (siehe auch nachfolgend unter C.)
soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen (siehe Anhang, Ziff. 4), gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
- **ambulante Entbindung oder Hausentbindung** (siehe auch nachfolgend unter C.)
 - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsatz (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten,
 - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.
- **ambulante Kuren**
Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

2. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen:

- **Regelleistungen** (§ 4 Teil II Ziff. 7 a AVB 2009) **im Krankenhaus** (§ 4 Teil I Ziff. 4 AVB 2009)
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung,
 - belegärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziff. 1).
- **Wahlleistungen im Krankenhaus**
 - Unterbringung im Zweibettzimmer,
 - privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung und / oder der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld wie folgt:

In Tarifstufe (BONUS CARE-B)	931	932	933	934	935	936	937	938	939
und Tarifstufe (BONUS CARE-BA, s. Buchstabe K.)	021	022	023	024	025	026	027	028	-
bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung, für Erwachsene in EUR	14,00	10,00	9,00	8,00	7,00	6,00	5,00	4,00	4,00
wie vor, für Kinder in EUR	7,00	5,00	4,50	4,00	3,50	3,00	2,50	2,00	2,00
bei Verzicht auf Wahlleistung Zweibettzimmer, für Erwachsene in EUR	21,00	15,00	13,50	12,00	10,50	9,00	7,50	6,00	6,00
wie vor, für Kinder in EUR	10,50	7,50	6,75	6,00	5,25	4,50	3,75	3,00	3,00

- **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie medizinisch notwendig sind.

3. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung (Aufbaustufe Tarif PLUS – T. 734)

- Erstattungsfähig nach Tarif PLUS sind zu 100 % die nicht beihilfefähigen Mehraufwendungen für die Unterkunft im Einbettzimmer (Differenz zwischen den Zuschlägen für die Unterkunft Einbett- und Zweibettzimmer).
- Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, erhält die erwachsene versicherte Person bei vollstationärer Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR, Kinder erhalten 12,50 EUR.

4. Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistungen**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten, bei
 - **Zahnbehandlung**
Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit Inlays.
 - **prophylaktischen Leistungen** gemäß Ziff. 100 bis 102 GOZ (siehe auch nachfolgend unter C.)
 - **Zahnersatz**
Hierzu zählen: Versorgung mit Onlays, Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückengliedern, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **zahn technische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.
- **Kieferorthopädische Behandlung**
 - nach Vorleistung der Beihilfestelle und
 - soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet,
 - sowie für zahn technische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.

In den ersten beiden Versicherungsjahren sind die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie, jeweils einschließlich zahn technischer Laborarbeiten und Materialien, auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von je 2.000 EUR begrenzt.

Die Begrenzung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages entfällt

- ab dem dritten Versicherungsjahr
- bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag nicht.

Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur **vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans** durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer in Höhe des Prozentsatzes der jeweils versicherten Tarifstufe.

5. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2009) gilt:

Die tariflichen Leistungen sind mit den je Tarifstufe festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

C. Beitragsrückerstattung

Es gelten die Bestimmungen des § 8 Teil II Ziff. 3 AVB 2009.

Leistungen für die nachfolgenden aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen haben keine Auswirkung auf eine nach der genannten Bestimmung auszahlende Beitragsrückerstattung:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß B. 1
- Schutzimpfungen gemäß B. 1
- Ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß B. 1
- Prophylaktische Leistungen gemäß B. 4

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

E. Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld

Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif BONUS CARE-B befreit.

Ein Anspruch auf die vorübergehende Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsschutzes nach Tarif BONUS CARE-B bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

F. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in den Tarifen BONUS CARE-B, BONUS CARE-BA und Tarif PLUS gemäß § 8 b Teil I Ziff. bzw. § 8 b Teil II AVB 2009 auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeiträge und zusätzliche ersatzweise Krankentagegelder mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

G. Weiterversicherung bei Änderung des Beihilfeanspruchs

Der Versicherungsnehmer hat bei Minderung des Beihilfebemessungssatzes oder Fortfall des Beihilfeanspruchs einer versicherten Person im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, unter Zugrundelegung des dann erreichten Lebensalters die Weiterversicherung in anderen Krankheitskostentarifern, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

Anspruch auf die höheren Leistungen besteht dann – auch für laufende Versicherungsfälle – ohne Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten, wenn die Anpassung innerhalb von 6 Monaten nach Minderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs beantragt wird. Die Änderung wird zum Beginn des Monats wirksam, in dem diese eingetreten ist.

Wird der Antrag nicht innerhalb des Zeitrahmens von 6 Monaten gestellt, erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt. Ist der beantragte Versicherungsschutz dann höher als der bisherige, wird der Versicherer insoweit eine Gesundheitsprüfung durchführen und ggf. einen Beitragszuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen.

Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.

H. Versicherungsdauer in der Aufbaustufe Tarif PLUS (T. 734)

Die Versicherung in der Aufbaustufe Tarif PLUS endet, wenn die stationären Wahlleistungen Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung entfallen.

I. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Die folgenden Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn ihr Einschluss ausdrücklich vereinbart worden ist.

1. Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Sonderbedingungen entfallen
 - mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder länger als sechs Monate unterbrochen wird;
 - spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet;
 - nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von längstens 36 Monaten.
3. Bei Wegfall der Sonderbedingungen wird der Beihilfetarif fortgeführt, wenn und solange die versicherte Person im Familienzuschlag des beihilfefähigen Elternteils berücksichtigungsfähig ist. Anderenfalls besteht die Möglichkeit des Abschlusses einer den Leistungen des Beihilfetarifs entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung zum Vollbeitrag. Die Umstellung erfolgt in jedem Fall ohne erneute Gesundheitsprüfung. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.
4. Es besteht bei Fortführung des Beihilfetarifs oder Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung das Recht, eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen für Arbeitnehmer abzuschließen. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses möglichen höchsten Krankengeldanspruchs für in der GKV versicherte Arbeitnehmer begrenzt.

5. Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist auf Wunsch des Versicherungsnehmers die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
6. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem MÜNCHENER VEREIN die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen.

K. Sonderbedingungen für Beamtenanwärter und Referendare (Tarif BONUS CARE-BA)

1. Die folgenden Sonderbedingungen gelten für Personen
 - die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen (Beamte auf Widerruf) und
 - weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen oder Vergütungen nach Tarifverträgen - ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen - erhalten.Deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder können - soweit sie nicht berufstätig sind - ebenfalls versichert werden.
2. Die Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn sie ausdrücklich vereinbart worden sind.
3. Die Sonderbedingungen entfallen
 - wenn die Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstabe K., Ziffer 1. entfällt,
 - bei vorzeitiger Aufgabe oder mehr als 6-monatiger Unterbrechung der Ausbildung für den Beamtenberuf,
 - nach Ablauf der Höchstvertragsdauer von 3 Jahren,
 - spätestens mit dem Ende des Monats, in dem der Beamtenanwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet hat,
 - für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner und Kinder darüber hinaus gleichzeitig mit Beendigung der Versicherung des Versicherungsnehmers oder bei Aufnahme einer Berufstätigkeit zum Ablauf des jeweiligen Monats.
4. Besteht die Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstabe K., Ziffer 1., bei Ablauf der Höchstversicherungsdauer nach diesen Sonderbedingungen von 3 Jahren fort, ist eine erneute Versicherung nach Tarif BONUS CARE-BA und Tarif PLUS unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters ohne erneute Gesundheitsprüfung zulässig. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Vertragsbeendigung gestellt wird und sich die Weiterversicherung unmittelbar an das Vertragsende anschließt. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende, die Aufgabe oder die Unterbrechung der Ausbildung zu einem Beamtenberuf bzw. als Referendar unverzüglich schriftlich mitzuteilen und nachzuweisen. Gleiches gilt für die Aufnahme der Berufstätigkeit eines mitversicherten Ehegatten, Lebenspartners oder Kindes.
6. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 1. (ambulante Heilbehandlung) gilt für Beamte auf Widerruf, solange diese Sonderbedingungen vereinbart sind: Die Kosten ärztlicher Leistungen und ärztlich verordneter Arznei- und Verbandmittel sind auch dann in Höhe des Prozentsatzes der versicherten Tarifstufe erstattungsfähig, wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung kein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
7. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 1 (ambulante Heilbehandlung) besteht für Beamte auf Widerruf kein Anspruch auf Leistung während ambulanter Kuren.
8. Abweichend von Buchstabe B. Ziffer 4. (Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie) gilt für Beamte auf Widerruf, solange diese Sonderbedingungen vereinbart sind:
 - Die Leistungsbegrenzung in den ersten beiden Versicherungsjahren entfällt.
 - Für Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung wird auch ohne Vorleistung der Beihilfe im tariflichen Umfang geleistet.
9. Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung gemäß Buchstabe E. besteht während der Versicherung nach diesen Sonderbedingungen nicht.

Anhang

1. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.
Höchstsatz der GOZ bzw. der GOP ist derzeit der 3,5-fache Satz.
2. **Schwerpunktbezeichnungen bei Internisten** sind: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.
3. **Schwerpunktbezeichnungen bei Fachärzten für Kindererkrankungen** sind: Kinderkardiologie, Neonatologie.
4. Von der Ständigen Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.

Ergänzungsversicherung für Personen mit Anspruch auf Beihilfeleistungen nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften

Tarif BET

Tarifstufen 725, 726

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

Inhaltsverzeichnis

- A. Versicherungsfähigkeit
- B. Leistungen des Versicherers
 - 1. Erstattungsfähige Kosten
 - 1.1 Heilpraktiker
 - 1.2 Sehhilfen
 - 1.3 Zahnärztliche Heilbehandlung
 - 1.4 Vorübergehender Auslandsaufenthalt
 - 2. Genesungspauschale nach stationärer Heilbehandlung
- C. Allgemeines für den Leistungsfall
- D. Leistungserhöhung
- E. Leistungen des Versicherungsnehmers
- F. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden
- G. Sonderbedingungen für Beamtenanwärter und Referendare

100 42 61/01 (03/09)

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen mit Leistungsanspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, für die bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. Tarife^{*)} für Beihilfeberechtigte bestehen oder mitbeantragt werden.

Tarif 725 kann nur für Personen abgeschlossen und aufrecht erhalten werden, bei denen die Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien zu weniger als 50 % beihilfefähig sind.

Endet der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, ist dies dem Versicherer innerhalb zweier Monate mitzuteilen und nachzuweisen. Die Versicherung endet mit dem Tag des Wegfalls des Beihilfeanspruchs. Das ist auch dann der Fall, wenn die Beiträge weiter entrichtet werden. Neben dieser Ergänzungsversicherung darf keine weitere Ergänzungsversicherung für Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung bei einem anderen Versicherer bestehen, abgeschlossen oder fortgeführt werden.

B. Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähig sind die nach Anrechnung der Beihilfe und der beihilfekonformen Krankenkostenversicherung verbleibenden Kosten für folgende Behandlungen bzw. Leistungen:

1.1 Heilpraktiker

Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

1.2 Sehhilfen

Brillen, Kontaktlinsen

- je versicherte Person innerhalb von zwei Jahren bis zu 150 EUR;
- bei Änderung der Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien wird auch außerhalb dieses Zeitraums geleistet.

1.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Zahntechnische **Laborarbeiten** und **Materialien** für **Zahnersatz**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.

Hierzu zählen: Versorgung mit Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantaten, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen, Reparaturen.

- Geleistet wird für die erstattungsfähigen Aufwendungen,
 - Im **Tarif 725** höchstens 20 % der Gesamtaufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, bis 5.000 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr (§ 13 Teil II Ziff. 2 AVB 2009);
 - Im **Tarif 726** höchstens 10 % der Gesamtaufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, bis zu 2.500 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr (§ 13 Teil II Ziff. 2 AVB 2009).
- Die Kosten für die zahntechnischen Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.
- Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal des Kalenderjahres auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht.

1.4 Vorübergehender Auslandsaufenthalt

Tritt während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von bis zu 6 Wochen unvorhergesehen ein Versicherungsfall ein, werden die verbleibenden Kosten für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung erstattet.

Hierunter fallen die Aufwendungen für:

- Ärztliche Heilbehandlung;
- Arznei- und Verbandmittel;

^{*)} Tarife 021-028, 031-038, 711-718, 741-748, 751-758, 772-778, 781-788, 901-909, 931-939

- Heilmittel (Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen);
- schmerzstillende Zahnbehandlung sowie notwendige Füllungen und Reparaturen von Prothesen in einfacher Ausfertigung, jedoch nicht für Zahnersatzmaßnahmen;
- Stationäre Heilbehandlung (einschließlich Operationen), Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus;
- Transportkosten vom und zum nächst gelegenen geeigneten Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung;
- Mehrkosten anlässlich eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland oder in das diesem Wohnsitz nächst gelegene geeignete Krankenhaus, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Soweit medizinische Gründe nicht entgegen stehen, ist das jeweils günstigste Transportmittel zu wählen;
- die angefallenen und nachgewiesenen Kosten der Überführung einer versicherten Person im Todesfall an ihren Heimatort in Deutschland bis zu 5.000 EUR aus dem europäischen und bis zu 10.000 EUR aus dem außereuropäischen Ausland;
- die angefallenen und nachgewiesenen Bestattungskosten im Falle der Beisetzung einer versicherten Person im Ausland bis zu 5.000 EUR.

2. Genesungspauschale nach stationärer Heilbehandlung

- Im Falle einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von mindestens 21 Tagen wird eine Genesungspauschale von 200 EUR gezahlt. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen derselben Erkrankung gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- Die Leistung wird einmal im Versicherungsjahr erbracht. Sie ist nicht von einer Vorleistung der Beihilfe oder der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung abhängig.

C. Allgemeines für den Leistungsfall

1. In den Beihilfevorschriften vorgesehene Eigenbeteiligungen, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschalen oder ähnliches zählen nicht zu den Leistungen des Tarifs BET.
2. Mit dem Antrag auf Leistungen gemäß B. 1. sind Nachweise über die Vorleistung der Beihilfe vorzulegen. Leistet die Beihilfe nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg bzw. die Zweitschrift zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.
3. Die Leistungen gemäß B. 1. dürfen zusammen mit den Leistungen der Beihilfe und denjenigen der beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Besteht für die versicherte Person ein Krankheitskostentarif mit einem niedrigeren, nicht beihilfekonformen Erstattungssatz oder besteht keine entsprechende Versicherung oder nimmt die versicherte Person diese nicht in Anspruch, wird die Vorleistung so berechnet, als würde eine beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung bestehen.

D. Leistungserhöhung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge oder Pauschalbeträge mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

E. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

F. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Die folgenden Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn ihr Einschluss ausdrücklich vereinbart worden ist.

1. Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Sonderbedingungen entfallen
 - mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder länger als sechs Monate unterbrochen wird;
 - spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet;

- nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von längstens 36 Monaten.
- 3. Bei Wegfall der Sonderbedingungen wird der Tarif BET fortgeführt, wenn und solange die versicherte Person im Familienzuschlag des beihilfefähigen Elternteils berücksichtigungsfähig ist.
- 4. Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist auf Wunsch des Versicherungsnehmers die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
- 5. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem MÜNCHENER VEREIN die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen.

G. Sonderbedingungen zu Tarifstufen 725, 726 für Beamtenanwärter und Referendare

1. Die Besonderen Bedingungen können vereinbart werden für Personen,
 - die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen (Beamte auf Widerruf),
 - weder Dienstbezüge nach Besoldungsordnungen oder Vergütungen nach Tarifverträgen – ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen – erhalten und
 - ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers haben,
 - sowie deren nicht berufstätige Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, soweit sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
3. Die Besonderen Bedingungen entfallen
 - bei vorzeitiger Aufgabe oder mehr als sechsmonatiger Unterbrechung der Ausbildung für den Beamtenberuf,
 - nach Ablauf der Höchstvertragsdauer von 3 Jahren,
 - spätestens mit dem Ende des Monats, in dem der Beamtenanwärter oder Referendar das 34. Lebensjahr vollendet hat,
 - für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder mit Beginn des Monats der Vollendung des 34. Lebensjahres oder der Aufnahme einer Berufstätigkeit oder des Wegfalls der Besonderen Bedingungen für den anderen Ehegatten oder Lebenspartner.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Besonderen Bedingungen für sich oder die mitversicherte Person unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

4. Bei Wegfall der Besonderen Bedingungen besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den Tarif BET, Tarifstufen 725 oder 726, fortzuführen, sofern die Versicherungsfähigkeit (siehe Buchstabe A.) auch weiterhin besteht. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag zu zahlen, der dem dann gültigen Eintrittsalter entspricht. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) aus dem bisherigen Versicherungsvertrag werden entsprechend übernommen.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung Krankenhaustagegeld

Tarif 790 für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Tarif 795 Krankenhaustagegeldversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

A. Abschluss- und Versicherungsfähigkeit für Tarif 790

1. Der Tarif für Kur- und Sanatoriumsbehandlung ist Personen vorbehalten, für die beim Versicherer gleichzeitig Versicherungsschutz nach einem Tarif für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht oder mitbeantragt wird.
2. Die Versicherung für Kur- und Sanatoriumsbehandlung endet mit dem Zeitpunkt, zu dem keine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beim MÜNCHENER VEREIN mehr besteht.

B. Leistungen des Versicherers

1. Tarif 790 für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

- 1.1 Im Tarif 790 kann ein Kurtagegeld abgeschlossen werden. Gezahlt wird für
 - a) ärztlich verordnete Kuren für jeden Tag, längstens für 28 Tage ohne Kostennachweis ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe, wenn spätestens 6 Monate nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 20 Tagen, bei Operationen von mindestens 10 Tagen, der Kuraufenthalt beginnt;
 - b) ärztlich empfohlene Kuren gegen Kostennachweis erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer und in der Folge höchstens alle zwei Jahre je Kur bis zum Fünffachen des vereinbarten Kurtagegeldes für Unterbringung, ärztliche Beratungen, ärztliche Besuche, ärztliche Sonderleistungen, Röntgendurchleuchtungen und -aufnahmen, Kurmittel (Trinkkuren, Bäder, Packungen, Massagen, Licht-, Wärme- und sonstige balneologische und physikalische Behandlungen), Kurtaxe und sonstige Abgaben; eine ärztlich empfohlene Kur ist nicht von einem Krankenhausaufenthalt abhängig.
- 1.2 Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen sind folgende Nachweise zu erbringen:
 - a) bei ärztlich verordneten Kuren:

ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes, aus dem die medizinische Notwendigkeit einer Kurbehandlung hervorgeht. Die Kosten des Attestes trägt der Versicherungsnehmer. Die Kurdauer muss von einem Arzt des Kurortes bestätigt sein.
 - b) bei ärztlich empfohlenen Kuren:

ein Attest des Arztes, der die Kur befürwortet hat. Die angefallenen Kosten sind durch Rechnungen zu belegen; aus ihnen müssen ersichtlich sein: Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Behandlungstage und Einzelleistungen.

2. Tarif 795 für Krankenhaustagegeld

- 2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt
 - a) für Krankheiten und Unfälle, Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Entbindung, Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft, stationäre Kiefer- und Zahnbehandlung;
 - b) bei Krankenhausaufenthalt zur psychoanalytischen Untersuchung und psychotherapeutischen Behandlung, soweit der Versicherer vorher schriftlich zugestimmt hat;
 - c) bei Aufenthalt im Sanitätsbereich (Bundeswehr), soweit auch im Zivilleben eine stationäre Heilbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- 2.2 Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt für die Zeit einer Kur (auch Entziehungskur), auch wenn diese ärztlich verordnet ist.
- 2.3 Die Versicherungsleistungen werden aufgrund einer Bescheinigung der Krankenanstalt mit Namen der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Aufnahme- und Entlassungstag erbracht.
- 2.4 Das Krankenhaustagegeld beträgt mindestens 5 EUR und kann darüber hinaus nach Vereinbarung abgeschlossen oder erhöht werden.

C. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Für Versicherte im Tarif 790 mit Eintrittsalter unter 21 gilt abweichend von § 8 a II Ziff. 2 der AVB als Eintrittsalter der Unterschied zwischen Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Die Umstufung auf ein höheres Alter bei Erreichen der Altersgrenze für Kinder und Jugendliche (Vollendung des 15. bzw. 20. Lebensjahres) gemäß § 8 a II Ziff. 2 der AVB entfällt im Tarif 790.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die private Pflegepflichtversicherung

Bedingungsteil MB/PPV 2010

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

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeit
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
 - A. Leistungen bei häuslicher Pflege
 - B. Teilstationäre Pflege
 - C. Kurzzeitpflege
 - D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
 - E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
 - F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson
 - G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
 - H. Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
 - I. Pflegeberatung
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 5 a Leistungsausschluss
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8 a Beitragsberechnung
- § 8 b Beitragsänderungen
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 19 Beitragsrückerstattung

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG

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 selbstständige 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 (Schwerpflegebedürftige) 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 Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Absatz 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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

10. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2010, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäß § 18 geändert.

11. Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist.

Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

12. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

13. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absatz 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 innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss,

- f) in der Zeit ab 01. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

3. Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

4. Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die

nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

1. Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Absatz 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheits-spezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sicher gestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

2. Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

3. Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

4. Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

- a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
- b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

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

5. Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraus-

setzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

6. Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

7.. Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere 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 Absatz 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend.

Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel 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 selbstständige 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 selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

9. Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 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 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 vom Hundert in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 und 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 gilt entsprechend.

Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

- a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
- b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

11. Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und 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 Absatz 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 (Absatz 1) und teilstationärer Pflege (Absatz 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 (Absatz 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

17. Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufendenz);
- b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation;
- e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

I. Pflegeberatung

18. Versicherte Personen haben ab dem 01. 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 Absatz 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,

- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht:
 - a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; Aufwendersersatz gemäß § 4 Absatz 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
 - b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (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 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 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 Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 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 aufgrund 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 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;
 - c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
3. Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 5a Leistungsausschluss

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.
2. Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

3. Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.
4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
5. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.
2. Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

- a) nicht nach § 20 Absatz 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Absatz 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
 - b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
 - c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
 - d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
 - e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.
3. Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
- a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 - c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr 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,
 - d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern.

Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

- 4. Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.
- 5. Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Absatz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.
- 6. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.
- 7. Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.
- 8. Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 EUR verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Absatz 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.
- 9. Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8 a Beitragsberechnung

- 1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
 - 2. Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
 - 3. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.
- Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- 4. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8 b Beitragsänderungen

- 1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 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 Absatz 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.

- 2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 3. Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.
- 4. Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.
- 5. Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrages wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- 1. Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegeetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.
- 2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Absatz 1 b).
- 3. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 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 Beitrags-einstufung der versicherten Personen erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- 4. Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

- 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.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversicherungsnummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Absatz 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.
- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- 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

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

- 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 Absatz 3 VVG - siehe Anhang -) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

- Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Absatz 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückhalten.

- 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 Absatz 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 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.

- 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

- 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 Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Absatz 5 bleibt unberührt.
- 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 Absatz 4) kündigen.
- 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

- 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.
- Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde.

Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Absatz 1 a) Halbsatz 1.

Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Sätze 2 und 3 entsprechend.

- Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen

überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

Die aus dem Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Absatz 2 und § 26 a Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 01. 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 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) 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 Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. **§ 8 Absatz 5 MB/PPV 2010**
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v. H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v. H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nr. 1, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 EUR.

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

Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappingsbeitrag 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 (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Absatz 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von

§ 8 Absatz 5 MB/PPV 2010

- a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
- b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) – (SGB II) oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist;
- c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 v. H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

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

Tarif PV

mit Tarifstufen PVN (401) und PVB (416)

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

A. Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN (401) für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Tarifstufe PVB (416) für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

1. Häusliche Pflege
2. Pflegegeld
3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson
4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
5. Teilstationäre Pflege
6. Kurzzeitpflege
7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

B. Leistungen des Versicherungsnehmers

A. Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN (401) für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen
der nach den Nummern 1 – 11 vorgesehenen Beträge.

100 v. H.

Tarifstufe PVB (416) 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

- Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind **50 v. H.**
- Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern **30 v. H.**
- Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden **30 v. H.**
- bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer **30 v. H.**
- bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen **20 v. H.**

der in Tarifstufe PVN (401) nach den Nummern 1 – 11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindesten 41 EUR aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 – 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweise 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 Pflegehilfe

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis **zu 440 EUR,**
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis **zu 1.040 EUR,**
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis **zu 1.510 EUR**

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 EUR monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I **225 EUR,**
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III **430 EUR,**
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III **685 EUR.**

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 EUR, in Pflegestufe III bis zu 31 EUR erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 15) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510 EUR je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 zweiter Halbsatz MB/PPV 2010 erfüllt sind und die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 **Technische Pflegehilfsmittel** werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das 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 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 **Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** werden bis zu 31 EUR je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557 EUR je Maßnahme begrenzt.

In Tarifstufe PVB (416) werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu	440 EUR,
b) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu	1.040 EUR,
c) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu	1.510 EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von

1.510 EUR

pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 MB/PPV 2010 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 (416) wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von	1.023 EUR je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von	1.279 EUR je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von	1.510 EUR je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von	1.825 EUR je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v. H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang).

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

In Tarifstufe PVB (416) werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 MB/PPV 2010) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch XII – (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

In Tarifstufe PVB (416) wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 MB/PPV 2009 ist ein Betrag von 1.536 EUR.

In Tarifstufe PVB (416) wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

In Tarifstufe PVB (416) 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 § 44 a SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und sie dürfen die dort tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28 a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB (416) 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

11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Absatz 1 Satz 4 MB/PPV 2009, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45 c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 100 EUR (Grundbetrag) oder

200 EUR (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 2 MB/PPV 2009) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

In Tarifstufe PVB (416) wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge richten sich nach § 87 b SGB XI (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB (416) wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

B. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: Januar 2010

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
• Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
• Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999
• Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
1.2 Pflegebettzubehör	
• Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
• Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
• Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
• Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
• Seitengitter	50.45.02.4000-4999
• Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
• Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999
• Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999
1.4 Spezielle Pflegebettische	
• Pflegebettische	50.45.04.0001-0999
• Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
• Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
• Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999
1.7 Pflegerollstühle	
• Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999
Hilfsmittel*:	
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
• Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
• Wandlifter	22.40.02.0001-0999
Zubehör für Lifter	
• Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
Umsetz- und Hebehilfen	
• Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
• Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
• Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
Innenraum und Außenbereich	
Schieberollstühle	
• Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
Treppenfahrzeuge	
• Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
• Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene	HMV-Nummer
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
• Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
• Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
• Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
• Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
• Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
• Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
• Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
• Duschwagen	51.45.01.2000-2999
• Kopfwaschbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999
• Hygienesitze	51.45.01.4000-4999
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	
• Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
• Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
Toilettenrollstühle	
• Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
Duschrollstühle	
• Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigen 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	
• Bettpfostenerhöher	-----
• Bettrahmenerhöher	-----

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	HMV-Nummer
4.1 Lagerungsrollen	
• Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
• Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
Lagerungskeile	
• Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999
Sitzhilfen zur Vorbeugung	
• Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999
Liegehilfen zur Vorbeugung	
• Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999
• Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
5.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
• Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2 Schutzbekleidung	
• Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
• Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
• Mundschutz	54.99.01.2000-2999
• Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
• Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel*:	
Saugende Inkontinenzvorlagen	
• Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
• Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
• Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
• Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2	15.25.01.3000-4999
• Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999
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 Urinableiter	
• 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 Urinbeinbeutel	15. 99.99.0007
• Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15. 99.99.0009
• Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15. 99.99.0010

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