Bayerische Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft

VERSICHERUNGSKAMMER BAYERN

Ein Stück Sicherheit.

Krankenversicherung

Booklet 3 – Ergänzungsversicherung

I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

II. Tarifbedingungen

III. Sonderbedingungen

IV. Merkblätter

324633 11.2015 fe

Inhalt

I. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Seite

AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/VT) . . . 3
AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK) . . . 11
AVB für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT) . . . 18
AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (AVB/EPV-VT) . . . 23
AVB für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV-VT) . . . 28
AVB für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (AVB/VT-S-KG) . . . 38

II. Tarifbedingungen

Tarife ZahnPRIVAT . . . 42
Tarif ZahnVITAL . . . 44
Tarif KlinikPRIVAT/1 . . . 45
Tarif KlinikPRIVAT/2 . . . 46
Tarif NaturPRIVAT . . . 47
Tarif VorsorgePRIVAT . . . 48
Tarif OptionPrivat . . . 49
Tarif ExpertPLUS . . . 51
Tarif KHT . . . 54
Tarif TA . . . 55
Tarif TAF . . . 56
Tarif TAG . . . 57
Tarif PflegePREMIUM Plus . . . 58
Tarif PflegeOPTIMAL Plus . . . 60
Tarif FörderPflege . . . 62
Tarif S-KG . . . 64

III. Sonderbedingungen

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE . . . 65
Besondere Bedingungen zur Kombination von Pflegetagegeldtarifen . . . 66
Sonderbedingung BEST zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter . . . 67

IV. Merkblätter

Merkblatt zur Datenverarbeitung (Code of Conduct) . . . 68

AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG (Unisex)

Stand: 01.09.2013, SAP-Nr: 331408, 09.2013

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

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG*) - Unisex

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen, 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 (vergleiche aber § 15 Absatz 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II.

Zu § 1 Absatz 1 MB/KK

Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 2 MB/KK

Als Versicherungsfall gelten auch palliativmedizinische Leistungen in tariflich vereinbarter Höhe, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132 d SGB V verfügen.

Zu § 1 Absatz 4 Satz 3 und 4 MB/KK

(1) Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(2) Tariflich kann vereinbart werden, dass bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland der Versicherungsschutz auch über die ersten zwei Monate hinaus verlängert werden kann - gegebenenfalls gegen einen Beitragszuschlag.

Zu § 1 Absatz 6 MB/KK

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem die Änderung eintritt, an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

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

(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.

II.
Zu § 2 Absatz 2 Satz 2; Absatz 3 MB/KK
Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Gebrechen. Tariflich kann vereinbart werden, dass für Neugeborene ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse eine andere Selbstbehaltstufe gewählt werden kann als die des versicherten Elternteils.

§ 3 Wartezeiten
I.
(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund 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 ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 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.

II.
Zu § 3 Absatz 3 MB/KK
Auch die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

Zu § 3 Absatz 4 MB/KK
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

Zu § 3 Absatz 5 MB/KK
In der Krankheitskostenvollversicherung entfallen die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
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 Absatz 2 genannten Behandelnden 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 Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangen beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II.
Zu § 4 Absatz 1 MB/KK
(1) Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Kosten. Die Kosten gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. Zeitpunkt der Behandlung, des Krankenhausaufenthaltes, des Kaufes der Arzneimittel oder des Kaufes, der Miete, des Leasings oder der Reparatur des Hilfsmittels. Dies gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen.

(2) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird vom Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders jährlich festgelegt. Dabei wird entschieden, welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung durch Auszahlung bzw. Gutschrift teilnehmen und in welcher Höhe. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung als Einmalbeitrag zur Beitragssenkung, zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen oder zur Leistungserhöhung wird vom Versicherer jährlich festgelegt.
Ein Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung besteht für jede Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:
a) Es muss während des ganzen Kalenderjahres ein berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letzte Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
   – Tod des Versicherten
   – Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
   – Übertritt in andere Tarife des Versicherers
   – Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
b) Es dürfen für Kosten, die im abgelaufenen Kalenderjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein. Tariflich kann vereinbart werden, dass Leistungen für präventive ärztliche und prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen den Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nicht ausschließen.
c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr müssen entrichtet worden sein.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Kalenderjahres, das dem leistungsfrei verlaufenen Kalenderjahr folgt, ohne Antrag ausbezahlt oder verrechnet. Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, werden diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet.

Zu § 4 Absatz 2 MB/KK
(1) Sofern der Tarif Leistungen bei Psychotherapie vorsieht, werden diese auch dann erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen wird.

(2) Als Heilpraktiker im Sinne dieser Bedingungen gelten Heilpraktiker mit einer vollumfänglichen (unbeschränkten) Heilpraktikererlaubnis.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung können auch medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen werden.

Zu § 4 Absatz 3 MB/KK
(1) Folgende Präparate sind nicht erstattungsfähig: Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel, medizinische Weine sowie Badezusätze. Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind sonstige Präparate, Medizinprodukte oder Arzneimittel, die der allgemeinen Stärkung, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, der Gewichtsreduktion oder der Reinigung und Pflege des Körpers dienen. Dies gilt ebenso für alle Arzneimittel, Mittel oder Produkte, die aus kosmetischen Gründen eingesetzt werden, vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, auch der Empfängnisverhütung dienen, nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern, oder deren Wirkstoffe hauptsächlich Mikronährstoffe (z.B. Vitamine, Mineralstoffe oder Aminosäuren) sind.

(2) Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalischmedizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den unter § 4 Teil I Absatz 2 MB/KK aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Fachkräften für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, medizinischen Fußpflegern und Podologen nach dem PodG, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

(3) Die erstattungsfähigen Hilfsmittel sind im Tarif abschließend aufgeführt.

Zu § 4 Absatz 4 MB/KK
(1) Sieht der Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

(2) Sofern der Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39 a SGB V verfügen.

Zu § 4 Absatz 5 MB/KK
(1) Der Versicherer verzichtet auf das Erfordernis einer vorherigen schriftlichen Zusage im Falle der akuten Erstversorgung im Notfall.

(2) In der Krankheitskostenvollversicherung erteilt der Versicherer die Zusage für eine stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB), wenn die Schwere der Erkrankung eine ambulante Anschlussheilbehandlung oder eine andere Form der Nachbehandlung nicht zulässt und die Verlegung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der stationären Krankenhausbehandlung aus dem Akutkrankenhaus in eine gemischte Anstalt erfolgt.
Kein Leistungsanspruch besteht, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann, sofern tariflich nichts anderes vorgesehen ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
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 Reha-bilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
f) entfällt
g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. 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.

II.
Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK
(1) Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach § 5 Absatz 3 geleistet.

(2) Bei einem Aufenthalt im Ausland besteht bei Kriegsereignissen oder inneren Unruhen Versicherungsschutz bis längstens zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen.
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KK
Diese Regelung gilt auch für andere in AVB und Tarif genannte Leistungserbringer, deren Rechnung der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK sind die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Kosten für ambulante Heilbehandlung erstattungspflichtig.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g) MB/KK
Gleiches gilt für die Behandlung durch einen Lebenspartner einer gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
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.

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

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

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

II.
Zu § 6 Absatz 1 MB/KK
(1) Rechnungen für im abgelaufenen Kalenderjahr entstandene Kosten sollen bis spätestens 30. Juni des laufenden Kalenderjahres eingereicht werden. Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Alle Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind im Original beizufügen, Arzneimittelrechnungen zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum. Die Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten.

(2) Bei Rechnungen in fremder Sprache kann der Versicherer eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

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

Zu § 6 Absatz 6 MB/KK
Der Versicherungsnehmer kann bei einer stationären Heilbehandlung seine insoweit bestehenden Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit dem vorgesehenen Vordruck an das Krankenhaus abtreten.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
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 Absatz 3 VVG) 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 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 nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu ent-richten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im

Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungs-rückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsan-passungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.
Zu § 8 Absatz 4 MB/KK
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 6 MB/KK
Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. § 206 Absatz 1 Satz 1 VVG bleibt unberührt.

§ 8a Beitragsberechnung
I.
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des 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: dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.
Zu § 8a Absatz 1 MB/KK
Als technische Berechnungsgrundlage wird die Dokumentation zum Berechnungsverfahren der Beiträge und der Alterungsrückstellung bezeichnet. Dazu gehören die verwendeten mathematischen Formeln, die statistischen Grundlagen (z.B. Schadenstatistiken, Sterbetafeln), die Angaben zum Verfahren der Beitragsüberprüfung und sonstige Kalkulationsansätze (z.B. Rechnungszins, Kosten).

Zu § 8a Absatz 2 MB/KK
(1) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages insbesondere nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei einer Beitragsänderung gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen, sofern tariflich nichts anderes vereinbart wurde. Die Beiträge ergeben sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

(2) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 12 a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung
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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 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 eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.
Zu § 8b Absatz 1 MB/KK
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich.

§ 9 Obliegenheiten
I.
(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

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

II.
Zu § 9 Absatz 1 MB/KK
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KK
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6 MB/KK
Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung des Versicherers.

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

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

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

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung
I.
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
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 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 Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 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 Absatz 3 VVG), 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 nur wirksam,

wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung dienenden substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Absatz 1 Nummer 5 VAG 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.

II.
Zu § 13 Absatz 1 MB/KK
(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankenhaustagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 13 Absatz 2 MB/KK
Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

Zu § 13 Absatz 3 MB/KK
Endet die Versicherung aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz erweiternde Zusatzversicherung entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfangs ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
I.
(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

(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 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II.
Zu § 14 Absatz 2 MB/KK
Der Versicherer verzichtet auch in der Krankenhaustagegeldversicherung und in der Krankheitskostenteilversicherung, bei der die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen, auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
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 Absatz 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 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

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

§ 17 Gerichtsstand
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
I.
(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesen 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 Wechsel in den Standardtarif
I.
(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung 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 Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 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
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 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

*) Die allgemeinen Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KK 2009)

AVB/KK - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr: 331395, 12.2014

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

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse* - Unisex

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen, 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 (vergleiche aber § 15 Absatz 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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absätze 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II.

Zu § 1 Absatz 2 MB/KK

Als Versicherungsfall gelten auch palliativmedizinische Leistungen in tariflich vereinbarter Höhe, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.

Zu § 1 Absatz 4 Satz 3 und 4 MB/KK

Bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse besteht während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Zu § 1 Absatz 6 MB/KK

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem die Änderung eintritt, an. Bei nicht fristgemäßer Beantragung erfolgt die Anpassung des Versicherungsschutzes zum Ersten des auf die Beantragung folgenden Monats.
Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(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.

II.

Zu § 2 Absatz 2 Satz 2; Absatz 3 MB/KK

Sind die Voraussetzungen zur Aufnahme eines Neugeborenen gegeben, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

II.

Zu § 3 Absatz 4 MB/KK

Die Bayerische Beamtenkrankenkasse kann die Wartezeiten erlassen, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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 Absatz 2 genannten Behandelnden 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 Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II.

Zu § 4 Absatz 1 MB/KK

(1) Leistungspflicht besteht für die während der Dauer der Versicherung entstehenden Aufwendungen. Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. Zeitpunkt der Behandlung, des Kaufes der Arzneimittel oder Hilfsmittel, des Krankenhausaufenthaltes. Dies gilt entsprechend für Krankenhaustagegeldleistungen.

(2) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der gegenüber der Versicherungsaufsichtsbehörde abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung erbracht. In dieser wird festgelegt, welche Tarife an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe. Ein Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung besteht für jede Person, die folgende Voraussetzungen erfüllt:
a) Es muss während des ganzen Kalenderjahres ein nach der geschäftsplanmäßigen Erklärung berechtigter Tarif mit voller Beitragspflicht bestanden haben und am 30. Juni des Folgejahres noch bestehen. Das letztere Erfordernis entfällt, wenn im ersten Halbjahr des Folgejahres eine der folgenden Voraussetzungen eintritt:
   – Tod des Versicherten
   – Kündigung wegen Eintritts der Krankenversicherungspflicht
   – Übertritt in andere Tarife der Bayerischen Beamtenkrankenkasse
   – Vereinbarung einer Anwartschafts- oder Ruhensversicherung
b) Es dürfen für Aufwendungen, die im abgelaufenen Kalenderjahr entstanden sind, keine Leistungen erbracht worden sein. Leistungen für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29) und/oder prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010. 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) werden nicht berücksichtigt.
c) Die Beiträge für das leistungsfrei verlaufene Kalenderjahr müssen entrichtet worden sein.

Die Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Kalenderjahres, das dem leistungsfrei verlaufenen Kalenderjahr folgt, ohne Antrag ausbezahlt oder verrechnet. Werden nach Auszahlung der Beitragsrückerstattung Leistungen aus dem abgelaufenen Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese mit der geleisteten Beitragsrückerstattung verrechnet.

Zu § 4 Absatz 2 MB/KK

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung können auch medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen werden.

Zu § 4 Absatz 3 MB/KK

(1) Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badezusätze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen; ferner sind von der Kostenerstattung ausgeschlossen Arzneimittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder die nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern.

(2) Als Heilmittel gelten die im Abschnitt E „physikalisch-medizinische Leistungen“ der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführten Leistungen, soweit sie von den unter § 4 Teil I Absatz 2 MB/KK aufgeführten Therapeuten sowie von staatlich geprüften Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern, Masseuren, Logopäden und Fachkräften für Lymphdrainagen erbracht werden.

Zu § 4 Absatz 4 MB/KK
(1) Sieht der Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

(2) Sofern der Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
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 Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
f) entfällt;
g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. 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.

II.
Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK
(1) Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) leistet die Bayerische Beamtenkrankenkasse für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, nach Maßgabe von § 5 Absatz 3.

(2) Bei einem Aufenthalt im Ausland besteht bei Kriegsereignissen oder inneren Unruhen Versicherungsschutz bis längstens zum Ende des 7. Tages nach Bekanntgabe einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes wegen kriegerischer Ereignisse oder innerer Unruhen.
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK zahlt die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, einen Kostenzuschuss, wenn und soweit die Bayerische Beamtenkrankenkasse diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.
Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig vom versicherten Tarif nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht geleistet.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK sind die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Kosten für ambulante Heilbehandlung erstattungspflichtig.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g) MB/KK
Gleiches gilt für die Behandlung durch einen Lebenspartner einer gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
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.

(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 Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

II.
Zu § 6 Absatz 1 MB/KK
(1) Rechnungen für im abgelaufenen Geschäftsjahr entstandene Aufwendungen sollen bis spätestens 30. Juni des laufenden Geschäftsjahres eingereicht werden. Versicherungsleistungen sind mit dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Alle Rechnungen oder sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen, Arzneimittelrechnungen zusammen mit der Arztrechnung für den entsprechenden Zeitraum. Die Rechnungen müssen den Namen des Behandelten, die Bezeichnung der behandelten Krankheit, Angabe und Zahl der einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten und den Ziffern der zugrunde liegenden Gebührenordnung enthalten.

(2) Bei Rechnungen in fremder Sprache kann die Bayerische Beamtenkrankenkasse eine Übersetzung in die deutsche Sprache verlangen.

Zu § 6 Absatz 6 MB/KK
Der Versicherungsnehmer kann bei einer stationären Heilbehandlung seine insoweit bestehenden Ansprüche auf Versicherungsleistungen mit dem vorgesehenen Vordruck an das Krankenhaus abtreten.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
I.
(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu ent-

richten, 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 Absatz 3 VVG) 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 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 nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung in diesem Tarif.
Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

II.

Zu § 8 Absatz 4 MB/KK
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 8 Absatz 5, 6 und 7 MB/KK
Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung

I.

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt: dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.

Zu § 8a Absätze 1, 2 MB/KK
(1) Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns oder im Monat des In-Kraft-Tretens einer Änderung vollendet bzw. vollendet hat.

(2) Zur Beitragsentlastung im Alter werden bei Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung zu bilden ist, den Versicherten zusätzlich Beträge gemäß § 12a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung

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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 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 Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.

Zu § 8 b Absatz 1 MB/KK
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5 % von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10 % abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5 % ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

I.

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

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

II.

Zu § 9 Absatz 1 MB/KK
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung nach Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Absatz 5 MB/KK bleibt unberührt.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KK
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 6 MB/KK
Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankenhaustagegeldversicherung bedarf ebenfalls der Einwilligung der Bayerischen Beamtenkrankenkasse.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I.

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I.

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

I.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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 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 Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.
Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens 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 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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 Absatz 3 VVG), 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG) 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 Absatz 1 Nr. 5 VAG auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

II.

Zu § 13 Absatz 1 MB/KK

(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns (vergleiche § 2 Absatz 1 MB/KK) an. Treten Personen einem bestehenden Versicherungsverhältnis bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers; die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst. Entsprechendes gilt für sonstige Vertragsänderungen.

Zu § 13 Absatz 2 MB/KK

Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber der Bayerischen Beamtenkrankenkasse zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I.

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

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

(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 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II.

Zu § 14 Absatz 2 MB/KK

Der Versicherer verzichtet auch in der Krankenhaustagegeldversicherung und in der Krankheitskostenteilversicherung, bei der die Voraussetzungen nach § 14 Absatz 1 nicht vorliegen, auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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 Absatz 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 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I.

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

§ 17 Gerichtsstand

I.

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versiche-

rungsnehmer 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
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 Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif
I.
Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Absätze 2a Nummer 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung 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 Nummer 1 Absatz 5 und Nummer 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
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 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

* Die allgemeinen Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse - Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KK 2009)

AVB/KT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

Stand: 01.09.2013, SAP-Nr: 331402, 09.2013

,

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)

Teil II.: Allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse* - Unisex

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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 Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist – mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG besteht der Umwandlungsgrund auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt

II.

Zu § 1 Absatz 7 Satz 2 MB/KT

Bei Aufenthalt im außereuropäischen Ausland bis zu zwei Monaten Dauer werden ohne besondere Vereinbarungen die bei Aufenthalt im europäischen Ausland vorgesehenen Leistungen gewährt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I.

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.

§ 3 Wartezeiten

I.

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

II.

Zu § 3 MB/KT

(1) Bei Übertritt oder Überleitung in einen anderen Tarif der Krankentagegeldversicherung werden die zurückgelegten Versicherungszeiten auf die Wartezeiten angerechnet.

(2) Die Bayerische Beamtenkrankenkasse kann Wartezeiten erlassen, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung auf dem vorgesehenen Vordruck ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorlegt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
I.
(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b)) eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II.
Zu § 4 Absatz 9 MB/KT
§ 4 Absatz 9 findet keine Anwendung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
I.
(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

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

II.
Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe a) leistet die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei anerkannten Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Versicherungsbeginn eingetreten sind.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT zahlt die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch auf Lohnersatzleistungen besteht, das versicherte Krankentagegeld, wenn und soweit die Bayerische Beamtenkrankenkasse dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe d) MB/KT
Leistungspflicht besteht ab Beginn der 5. Woche einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft, jedoch nicht vor Ablauf der tariflichen Karenzzeit.

Zu § 5 Absatz 1 Buchstabe g) MB/KT
Leistungspflicht besteht auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
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.

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

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

II.
Zu § 6 Absatz 1 MB/KT
Das Krankentagegeld ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu beantragen. Das Krankentagegeld wird nach Vorlage der geforderten Nachweise (vergleiche Teil II. zu § 9 MB/KT) für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in der Regel in Zeitabständen von vierzehn Tagen gezahlt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

II.
Zu § 8 Absatz 3 MB/KK
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

§ 8a Beitragsberechnung
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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.
Zu § 8a Absatz 1, 2 MB/KT
Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns oder im Monat des In-Kraft-Tretens einer Änderung vollendet bzw. vollendet hat.

§ 8b Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Beitragszuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

II.
Zu § 8 b Absatz 1 MB/KT
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5% von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10% abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5% ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten
I.
(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage

nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II.
Zu § 9 Absatz 1, 2 MB/KT
(1) Die Arbeitsunfähigkeit ist der Bayerischen Beamtenkrankenkasse spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, an dem nach dem gewählten Tarif die Tagegeldzahlung beginnen soll.

(2) Die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist alle 14 Tage zu erneuern.

(3) Bei Selbständigen ist auf Verlangen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse zur Krankentagegeldberechnung der zuletzt ergangene Einkommensteuerbescheid und die der Einkommensteuerveranlagung zugrunde liegende Gewinn- und Verlustrechnung bzw. Überschussrechnung des letzten Kalenderjahres vorzulegen. Arbeitnehmer haben das Nettoeinkommen der letzten drei Monate bzw. zwölf Monate vor der Arbeitsunfähigkeit und den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachzuweisen.

(4) Ist das Krankentagegeld acht Wochen gezahlt, so ist bei Arbeitnehmern jeweils zum Ende des Quartals durch eine Bestätigung des Arbeitgebers die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses nachzuweisen. Wird Berufs-, Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente beantragt, so ist das der Bayerischen Beamtenkrankenkasse unverzüglich mitzuteilen.

Zu § 9 Absatz 2 MB/KT
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

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

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
I.
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung
I.
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
I.
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

II.
Zu § 13 Absatz 1 MB/KT
(1) Das Versicherungsjahr rechnet von dem Tage des Versicherungsbeginns (vergleiche II. zu § 2 MB/KT) an. Treten Personen einem bestehenden Versicherungsverhältnis bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weite-

ren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst. Entsprechendes gilt für sonstige Vertragsänderungen.

(2) Bei Übertritt oder Überleitung in einen anderen Tarif der Krankentagegeldversicherung bleibt das bisherige Versicherungsjahr bestehen.

Zu § 13 Absatz 2 MB/KT
Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber der Bayerischen Beamtenkrankenkasse zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

Zu § 13 Absatz 3 MB/KT
§ 13 Absatz 3 findet entsprechende Anwendung auf den Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfrist. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für Selbständige und Freiberufler.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
I.
(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Absatz 3.

II.
Zu § 14 Absatz 1 MB/KT
Die Bayerische Beamtenkrankenkasse verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
I.
(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2)Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

II.
Zu § 15 Buchstabe a) und b) MB/KT
(1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

(2) Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls berufsunfähig oder arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens sechs Monate nach Eintritt dieser Ereignisse. Anstelle der Beendigung kann nach Maßgabe von Teil II. zu § 15 Buchstabe a) und b) MB/KT der Tarif als Anwartschaftsversicherung geführt werden.

Zu § 15 Buchstabe e) MB/KT
Bei einem Wegzug in einen Staat gemäß § 1 Absatz 8 können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Sonstige Bestimmungen

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

§ 17 Gerichtsstand
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 dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
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 Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

* Die allgemeine Tarifbedingungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/KT 2009)

AVB/EPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)

Stand: 01.09.2013, SAP-Nr. 331411, 09.2013

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG*-Unisex

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I.

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

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

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

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

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

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

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

(9) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Absatz 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

---

* Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG – Unisex ergänzen die Musterbedingungen (MB/EPV 2009).

II.
Zu § 1 Absatz 1 MB/EPV
Die Bezeichnung „der Versicherer“ bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Zu § 1 Absatz 11 MB/EPV
In der Pflegetagegeldversicherung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie die Schweiz. Eine Kürzung gemäß § 1 Absatz 11 Satz 3 erfolgt in der Pflegetagegeldversicherung nicht.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
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 der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

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

§ 3 Wartezeit
I.
(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

II.
Zu § 3 Absatz 2 MB/EPV
Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
I.
(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
I.
(1) Keine Leistungspflicht besteht
a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Absatz 11 solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

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

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

II.
Zu § 5 Absatz 1 MB/EPV
Die Regelungen in Absatz 1 d), e), g) und h) finden auf die Pflegetagegeldversicherung keine Anwendung. § 5 Absatz 1 f) findet in der Pflegetagegeldversicherung für die Dauer der ersten vier Wochen einer vollstationären Behandlung keine Anwendung.

Zu § 5 Absatz 1 c) MB/EPV
Soweit der Tarif Sachleistungen vorsieht, werden diese nur im Inland erbracht.

Zu § 5 Absatz 2, Absatz 3 MB/EPV
Die Regelungen in § 5 Absatz 2 und § 5 Absatz 3 finden auf die Pflegetagegeldversicherung keine Anwendung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
I.
(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vergleiche § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

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

(5) Die in Fremdwährung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
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) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

II.
Zu § 8 Absatz 3 MB/EPV
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

§ 8a Beitragsberechnung
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 bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II.
Zu § 8 a Absatz 2 MB/EPV
(1) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

(2) Zur Beitragsentlastung bzw. Leistungsverbesserung werden in der Pflegekrankenversicherung den Versicherten zusätzliche Beträge gemäß § 12 a VAG gutgeschrieben.

§ 8b Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines 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 Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

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

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

II.
Zu § 8b Absatz 1 MB/EPV
Die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie den Sterbewahrscheinlichkeiten wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen und erfolgt getrennt für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene). Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5% von den kalkulierten abweichen, können, wenn sie um mehr als 10% abweichen, müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Weichen die erforderlichen Sterbewahrscheinlichkeiten von den kalkulierten um mehr als 5% ab, so müssen die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.
Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten Versichertenbestand.

§ 9 Obliegenheiten
I.
(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Absatz 1 und Absatz 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

II.
Zu § 9 Absatz 1 MB/EPV
(1) Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach ärztlicher Feststellung anzuzeigen. Bei fortdauernder Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer in angemessenen Zeitabständen mitzuteilen, ob der Versicherungsfall weiterhin vorliegt.

(2) Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit genügt der durch die Pflegepflichtversicherung erstellte Nachweis über die Pflegebedürftigkeit. Dieser ist dem Versicherer vorzulegen. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, ist eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Zu § 9 Absatz 3 MB/EPV
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen. Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

Zu § 9 Absatz 4 MB/EPV
§ 9 Absatz 4 entfällt, wenn die Pflegebedürftigkeit durch die entsprechenden Unterlagen der Pflegepflichtversicherung nachgewiesen wird.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
I.
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Absatz 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Absatz 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung
I.
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

II.
Zu § 13 Absatz 1 MB/EPV
(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs, Erhöhungen oder Reduzierungen des Pflegetagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 13 Absatz 2 MB/PPV
Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
I.
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II.
Zu § 14 Absatz 1 MB/EPV
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
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) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Zu § 15 Absatz 4 MB/EPV
(1) Abweichend von § 15 Absatz 4 endet auch in der Pflegetagegeldversicherung das Versicherungsverhältnis nicht bereits mit Wegzug aus der Bundesrepublik Deutschland, sondern erst dann, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 11 genannten oder die Schweiz verlegt. Eine Fortsetzung über eine anderweitige Vereinbarung bleibt unberührt.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn kein Wegzug, sondern nur ein vorübergehender Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vorliegt, sofern das Versicherungsverhältnis in der Pflegepflichtversicherung weiter besteht.

Sonstige Bestimmungen

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

§ 17 Gerichtsstand
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
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 Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

AVB/GEPV-VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Stand: 01.05.2013, SAP-Nr. 332965, 07.2014

Teil I: Musterbedingungen 2013 des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013)
Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG*

Präambel
Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vergleiche § 11) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit
I.
(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten
I.
(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

II.
Zu § 2a Absatz 2 MB/GEPV
Die Bezeichnung „der Versicherer" bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers
I.
(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes
I.
(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

II.
Zu § 3 Absatz 1 MB/GEPV
Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang ein Pflegetagegeld.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden.

* Die Tarifbedingungen der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG ergänzen die Musterbedingungen (MB/GEPV 2013).

Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit
I.
(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht
I.
(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 Euro. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
I.
(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vergleiche § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.
(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes
I.
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung
I.
(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

II.
Zu § 9 Absatz 2 MB/GEPV
Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Zu § 9 Absatz 4 MB/GEPV
Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 10 Beitragsberechnung
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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

II.
Zu § 10 Absatz 2 MB/GEPV
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

§ 11 Beitragsanpassung
I.
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers, z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung
I.
(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:
a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
b) Anrechnung auf den Beitrag,
c) Erhöhung der Leistung oder
d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit
I.
Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vergleiche § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten
I.
Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
I.
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung
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

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
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) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

II.
Zu § 17 Absatz 1 MB/GEPV
(1) Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer eines Versicherungsjahres geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versi-

cherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird.

(2) Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs, Erhöhungen oder Reduzierungen des Pflegetagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

Zu § 17 Absatz 3 MB/GEPV
Volljährige versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständigen Versicherungsvertrag fortzusetzen.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer
I.
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe
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 von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen
I.
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand
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.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
I.
(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungs-bedingungen 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 Vertrages 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit
I.
(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:
1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung
I.
(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.
(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung
I.
Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft
I.
(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vergleiche § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/GEPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

Anhang zu den MB/GEPV 2013

Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches 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, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 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) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. 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.
2. 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.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) 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
1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Absatz 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Absatz 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf,

dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.
(Absatz 3a tritt am 1. Juni 2013 in Kraft)

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sicher-gestellt ist.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 123 Übergangsregelung: verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf
1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege- Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür
1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichts-gesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung der Pflegestufe dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a folgt; bei Versicherten der privaten Pflege- Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Aus-gleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:
1. die Antragsdaten,

2. die Höhe der für die zulagenfähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagennummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagennummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulagenberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungs-unternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder 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

AVB/VT-S-KG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex)

Stand: 01.07.2015, SAP-Nr.: 331421, 07.2015

Präambel

Die Tarife, denen diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Grunde liegen, werden von der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG und der Union Krankenversicherung AG als rechtlich unabhängige Risikoträger gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. In diesen Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen (vergleiche § 8 b) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet. Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand einheitlich durchgeführt.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer* bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden. Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland leistet der Versicherer auch ohne besondere Vereinbarung.

(7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

* Die Bezeichnung "der Versicherer" bezeichnet - auch im Folgenden - den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Bei Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen des § 2 entsprechend für die Mehrleistungen (Erhöhung des Krankentagegeldes oder Verkürzung der tariflichen Karenzzeit).

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des für die Tarifstufe maßgeblichen Nettoeinkommens gesunken ist, kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis in die entsprechend niedrigere Tarifstufe herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschafts-

gesetz, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Absatz 9 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.
Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer - unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld - nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Absatz 1 Buchstabe b)) eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen, sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz);
d) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht. Sind nach einer mindestens vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit medizinisch dringend erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer deren Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes schriftlich anerkannt hat. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden. Diese sind vom Versicherten und vom behandelnden Arzt vollständig auszufüllen.

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 Buchstabe a) oder b).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

(3) Der erste oder einmalige Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge 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 In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

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

§ 8 b Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die für den Tarif erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Die Gegenüberstellung der erforderlichen Versicherungsleistungen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für den gesamten Versicherungsbestand des Tarifs vorgenommen. Die Gegenüberstellung erfolgt entsprechend der jeweiligen technischen Berechnungsgrundlage. Wenn dabei die erforderlichen Versicherungsleistungen um mehr als 5% von den kalkulierten abweichen, können die Tarifbeiträge überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst werden; weichen sie um mehr als 10% voneinander ab, müssen die Tarifbeiträge insoweit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls angepasst werden. Für den Tarif S-KG wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

(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. Der Versicherer ist berechtigt, entsprechend der Beitragsanpassung auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu ändern.

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

§ 9 Obliegenheiten
(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens bis zu dem Tag, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in vierzehntägigen Abständen, nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
Es obliegt dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, die zur Prüfung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Informationen von den in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen (Ärzte, Krankenhäuser etc.) zu beschaffen und dem Versicherer zukommen zu lassen.
Die Obliegenheit entfällt, soweit der Versicherungsnehmer und die versicherte Person in die Erhebung der erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den Versicherer eingewilligt und die in § 213 Absatz 1 VVG genannten Personen und Einrichtungen von der Schweigepflicht entbunden hat.

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

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Der Versicherungsvertrag wird für ein Versicherungsjahr fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel des Tarifes, Erhöhungen oder Reduzierungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlus-

se des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß § 19 Absatz 2 bis 4 VVG vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung. Wird die in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehende versicherte Person (Arbeitnehmer) nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Frist auf sechs Monate;
b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
c) mit dem Bezug einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Rentenbezug;
d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens nach Erreichen des Regelrentenalters (§ 35 SGB VI, § 235 Abs. 2 SGB VI) zum Ende des Monats, in dem die Altersgrenze erreicht wird. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Erreichen des Regelrentenalters hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
e) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen, solange der Beendigungsgrund besteht. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten ab Vertragsbeendigung wegen Wegfall der Versicherungsfähigkeit bzw. innerhalb von zwei Monaten seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(3) Ehegatten und Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz haben jederzeit das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gerichts 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 seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbestimmungen 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 Vertrages 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.

Tarife ZahnPRIVAT
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2016, SAP-Nr.: 335504, 12.2015
Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Die Tarife ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt leisten für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnersatz zu unterschiedlichen Erstattungssätzen, ZahnPRIVAT Premium leistet auch für kieferorthopädische Behandlungen.

Tarif	Zahnbehand-lung/ Zahnersatz	Zahnprophylaxe pro Jahr	Kieferorthopädi-sche Behandlung
ZahnPRIVAT Premium	**90 %**	**90 % aus max. 120 EUR**	**90 %**
ZahnPRIVAT Optimal	**70 %**	**70 % aus max. 120 EUR**	**keine**
ZahnPRIVAT Kompakt	**50 %**	**50 % aus max. 120 EUR**	**keine**

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet.

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz
Bei einer zahnärztlichen Heilbehandlung sind Aufwendungen für folgende Maßnahmen erstattungsfähig:
- Parodontosebehandlung (z.B. auch mittels Periochip)
- Wurzelbehandlung, einschließlich Wurzelspitzenresektion
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen)
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Inlays und Onlays
- Zahnersatz (Kronen und Brücken mit Verblendungen, prothetische Leistungen, Veneers sowie Implantate)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie)
- Reparaturen von bestehendem Zahnersatz
- vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen (z.B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung, Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie). Diese Leistungen werden erstattet, sofern sie im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden.
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, sofern diese im Rahmen einer nach diesem Tarif versicherten Maßnahme durchgeführt werden
- Heil- und Kostenplan.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:
aus Tarif ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

Abweichender Erstattungssatz im Rahmen der Regelversorgung:
Eine Erstattung erfolgt zu 100 % reduziert um die Leistung der GKV
Voraussetzung dafür ist, dass
- die Maßnahme von der GKV bezuschusst wird und ausschließlich im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 1 SGB V erfolgt und dass
- die Gesamtmaßnahme keine privatzahnärztlichen Teile bzw. nach der GOZ berechneten Vergütungsbestandteile aufweist.

Für alle Leistungsbestandteile für Zahnersatz und Zahnbehandlung gelten in den ersten vier Jahren die unter Ziffer 4. genannten Erstattungsgrenzen.

2. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen
Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für:
- eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- professionelle Zahnreinigung und Kontrolle
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- lokale Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/-behandlung
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren, soweit diese Behandlung nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme erfolgt
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz aus maximal 120 EUR pro Kalenderjahr erstattet:
aus Tarif ZahnPRIVAT Premium zu 90 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Optimal zu 70 %
aus Tarif ZahnPRIVAT Kompakt zu 50 %.

3. Kieferorthopädie
Eine kieferorthopädische Leistung erfolgt ausschließlich aus Tarif ZahnPRIVAT Premium. In den Tarifen ZahnPRIVAT Optimal bzw. ZahnPRIVAT Kompakt ist die Kieferorthopädie nicht versichert.

Versicherungsschutz besteht, unabhängig von der vorliegenden kieferorthopädischen Indikationsgruppe (KIG), sofern die Behandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen wird, für:
- medizinisch notwendige Maßnahmen sowie für darüber hinausgehende Mehrleistungen (z.B. besondere Brackets und / oder Bögen, Lingualtechnik usw.)
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (z. B. Bracketumfeldversiegelung und Strahlendiagnostik wie Röntgen oder Dentale Volumentomografie)
- den Heil- und Kostenplan.

Unabhängig vom Alter besteht auch Versicherungsschutz, wenn eine kieferorthopädische Behandlung durch einen Unfall erforderlich wird, der nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % aus maximal 4.000 EUR erbracht (d.h. erstattet werden bis zu max. 3.600 EUR) in der gesamten Tariflaufzeit.

Nicht erstattungsfähig sind:
- der gesetzliche Eigenanteil nach § 29 Absatz 2 SGB V, der nach Abschluss der Behandlung durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird sowie
- ein mit der Gesetzlichen Krankenkasse vereinbarter Selbstbehalt (Wahltarif).

4. Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren
Die Leistungen nach Ziffer 1 (Zahnbehandlung und Zahnersatz) und 3 (Kieferorthopädie) zusammen sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.
Die nach Leistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum versicherten Prozentsatz erstattet:
- im ersten Kalenderjahr aus maximal 1.000 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen aus maximal 3.000 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen aus maximal 6.000 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen aus maximal 9.000 EUR.

Zur Berechnung des Erstattungsbetrages werden die erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Kalenderjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet. Die Begrenzungen gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde.

1. Die Erstattung erfolgt, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Grundsätzen entsprechen.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.
Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV, leistet der Tarif zum versicherten Prozentsatz.

3. Bei Wahl der Kostenerstattung mit der GKV sind die Rechnungen zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren und sonstige Abzugsbeträge) ergeben.
Abschläge aufgrund der Wahl der Kostenerstattung (Verwaltungsgebühren oder sonstige Abzugsbeträge) nach § 13 Absatz 1 SGB V sowie mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte sind nicht erstattungsfähig.

4. Der Versicherungsschutz umfasst auch die jeweils anfallenden Laborarbeiten und Materialkosten.

5. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für die Tarife werden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 30, 40, 50 bzw. 60 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung in den Tarifen ZahnPRIVAT Premium, ZahnPRIVAT Optimal und ZahnPRIVAT Kompakt endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

3. Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung mit Leistungen für Zahnersatz darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Wird diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Absatz 1 VVG berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	5. Sozialgesetzbuch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

Tarif ZahnVITAL
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331870, 10.2012
Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif ZahnVITAL endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer erstmals nach Vertragsschluss angeratenen und durchgeführten medizinisch notwendigen zahnerhaltenden Maßnahme. Dabei erstattet der Tarif einen festen Betrag in Höhe von
a) **50 Euro** pro Jahr für die **professionelle Zahnreinigung.** Diese umfasst z. B. die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen, Air Flow (Glätten und Polieren der Zähne) sowie Fluoridversiegelung.

b) **50 Euro** je Zahn für **Kunststofffüllungen**.

c) **100 Euro** je Zahn für **Einlagefüllungen (Inlays und Onlays)**.

Die tariflichen Leistungen sind zusammen mit den Leistungen der GKV und gegebenenfalls weiteren bestehenden privaten Zahnergänzungsversicherungen auf insgesamt 100 % der entstandenen Aufwendungen begrenzt. Zu diesen Aufwendungen zählen bei Kunststofffüllungen (unter II. 1. b) und Einlagefüllungen (unter II. 1. c) unter anderem auch die damit verbundenen **zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien** sowie die damit verbundenen **funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen**.

Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, nachzuweisen.

2. Die Erstattung unter II. 1. a) – c) ist
- im ersten Versicherungsjahr auf insgesamt 250 Euro,
- in den ersten zwei Versicherungsjahren auf insgesamt 500 Euro,
- in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 750 Euro,
- in den ersten vier Versicherungsjahren auf insgesamt 1.000 Euro

begrenzt.
Hierbei werden die Erstattungen aus dem Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattfand, und die aus den jeweils vorhergehenden Versicherungsjahren zusammengerechnet.

Die Begrenzungen entfallen ab dem 5. Versicherungsjahr. Sie gelten nicht für einen Versicherungsfall, der durch einen nachträglich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht wurde. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf die jeweiligen Höchstsätze nicht angerechnet.

3. Abweichend von § 3 AVB/VT entfällt die Wartezeit.

4. Die Erstattungsbeträge für professionelle Zahnreinigung, Kunststofffüllungen sowie Einlagefüllungen (Inlays und Onlays) können unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3, 4 und 5 VVG mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Kalenderjahres, den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen angepasst werden.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf
- vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder schriftliche Annahmeerklärung) zahnärztlich angeratene, beabsichtigte oder laufende Behandlungen. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
- Zahnersatzmaßnahmen (wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen).

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für den Tarif ZahnVITAL wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 40. bzw. 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 40 bzw. 65 zu zahlen.

Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Tarif KlinikPRIVAT/1
Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr : 331703, 10.2012
Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind
   – die von einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
     a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen*) einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung),
     b) für ambulante Operationen
   - die Kosten für Beleghebammen und Entbindungspfleger.
   – die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Einbettzimmer.

2. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen.

3. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, werden
   a) bei stationären Behandlungen die Versicherungsleistungen nach Nummer 2 des Tarifs nach Abzug der allgemeinen Krankenhausleistungen festgesetzt,
   b) bei ambulanten Operationen die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

4. Für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in einem Zweibettzimmer (auch ohne Unterbringungszuschlag) mit gesondert berechneten ärztlichen Leistungen wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

16 EUR,

bei Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

32 EUR

gezahlt.

Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

5. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht erbracht.

6. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.
Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger werden nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

2. Endet die gesetzliche Krankenversicherung, so kann der Versicherte unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers übertreten. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt der Versicherer den Antrag ohne neue Risikoprüfung an. Der Übertritt ist innerhalb von drei Monaten seit Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif muss in unmittelbarem Anschluss an die gesetzliche Krankenversicherung beginnen.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.
Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115a SGB V:
§ 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).
Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.
(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) ...

Tarif KlinikPRIVAT/2
Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr : 331712, 10.2012
Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind
– die von einem nach AVB/VT anerkannten Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
  a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen*) einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung),
  b) für ambulante Operationen
– die Kosten für Beleghebammen und Entbindungspfleger.
– die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer.
  Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer ist der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.
  Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, sind diese nicht erstattungsfähig.

2. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen.

3. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, werden
a) bei stationären Behandlungen die Versicherungsleistungen nach Nummer 2 des Tarifs nach Abzug der allgemeinen Krankenhausleistungen festgesetzt,
b) bei ambulanten Operationen die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

4. Für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

21 EUR

geleistet.
Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

5. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht erbracht.

6. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.
Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger werden nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung erstattet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

2. Endet die gesetzliche Krankenversicherung, so kann der Versicherte unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers übertreten.
Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt der Versicherer den Antrag ohne neue Risikoprüfung an.
Der Übertritt ist innerhalb von drei Monaten seit Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif muss in unmittelbarem Anschluss an die gesetzliche Krankenversicherung beginnen.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.
Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115a SGB V
§ 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).
Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.
(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) ...

Tarif NaturPRIVAT
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr. 334645, 12.2014
Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

Naturheilkundliche und alternative Heilmethoden
Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Behandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.250 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 1.000 EUR) im Kalenderjahr.

Erstattungsfähig sind folgende Leistungen:

a) die im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Psychotherapie ist nicht erstattungsfähig.
b) die im jeweils gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen („Hufeland-Verzeichnis“) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
c) die im GebüH bzw. Hufeland-Verzeichnis aufgeführten Heilmittel. Nicht erstattet werden diejenigen Heilmittel, die im Rahmen einer Maßnahme verordnet werden, die unter die Leistungspflicht der GKV fällt.
d) die im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung nach a) oder b) verordneten Arznei- und Verbandmittel.
Nicht erstattungsfähig sind die in § 4 Teil II Absatz 3 (1) AVB/VT ausgeschlossenen Präparate (Nahrungsergänzungsmittel, diätetische Lebensmittel etc.).

Die Erstattung ist begrenzt

- im ersten Kalenderjahr auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 625 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 500 EUR),
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 1.250 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 1.000 EUR). Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Arztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen des GebüH bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Wartezeit-Verzicht
Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif NaturPRIVAT wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20., 50. bzw. 65. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20, 50 bzw. 65 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und nicht über eine andere Krankheitskostenzusatzversicherung beim Versicherer mit Leistungen für naturheilkundliche oder alternative Heilmethoden verfügen.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif NaturPRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Tarif VorsorgePRIVAT
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.01.2015, SAP-Nr. 334653, 12.2014
Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Vorsorgeuntersuchungen

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch Ärzte bis zu insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr.
Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

2. Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe

Ersetzt werden

100 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen inklusive Reiseschutzimpfungen und Malariaprophylaxe bis zu insgesamt 300 EUR in zwei Kalenderjahren.
Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

3. Sehhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen - unabhängig von der Änderung der Fehlsichtigkeit - bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 500 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 400 EUR) in zwei Kalenderjahren.
Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

Reinigungs- und Pflegemittel für Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig.

4. Refraktive Chirurgien

Ersetzt werden

100%

der erstattungsfähigen Aufwendungen für refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen bis zu insgesamt 1.500 EUR in der Vertragslaufzeit.
Im ersten Kalenderjahr ist die Erstattung auf 200 EUR, in den beiden ersten Kalenderjahren zusammen auf 500 EUR begrenzt.

5. Hörhilfen

Ersetzt werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hörhilfen einschließlich Otoplastik sowie Reparaturen bis zu einem nach einer Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrag von 1.000 EUR (d. h. erstattet werden bis zu 800 EUR) in fünf Kalenderjahren.
Hierbei werden die bereits erfolgten Erstattungen aus dem laufenden und den vorhergehenden vier Kalenderjahren angerechnet.
Betriebskosten, z. B. Batterien, sowie Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.

II. Sonstige Tarifbestimmungen

1. Gebühren sind nach den Grundsätzen der GOÄ bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

3. Abweichend von § 4 Absatz 3 AVB/VT ist für die Erstattung von Kosten für Sehhilfen keine ärztliche Verordnung erforderlich.

4. Abweichend von § 3 AVB/VT entfallen die Wartezeiten.

III. Beiträge

Für den Tarif VorsorgePRIVAT wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Deshalb richten sich die Beiträge nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 20 zu zahlen.

IV. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und nicht über eine andere Krankheitskostenzusatzversicherung beim Versicherer verfügen, aus der ein Leistungsanspruch in den unter I. aufgeführten Leistungsbereichen besteht.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif VorsorgePRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte

Tarif OptionPRIVAT Anwartschaftsversicherung

Stand: 01.10.2012, SAP-Nummer: 331916, 10.2012

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

a) in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind oder für die aufgrund einer Pflichtversicherung Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht

b) bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) eine Krankheitskostenvollversicherung gemäß § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben.

II. Optionsrecht

a) **für in der GKV versicherte Personen (gemäß Abschnitt I. a):**
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung für die betroffene Person den Tarif OptionPRIVAT gemäß Abschnitt III in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und privaten Pflegepflichtversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

Wechselt die versicherte Person zum Ende der Höchstversicherungsdauer des Tarifs OptionPRIVAT bzw. bei Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung nicht aus der GKV in die private Krankheitskostenvollversicherung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die betroffene Person den Tarif OptionPRIVAT gemäß Abschnitt IV in Tarife der Krankenzusatzversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

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

b) **für in der PKV versicherte Personen (gemäß Abschnitt I. b):**
Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die versicherte Person den Tarif OptionPRIVAT innerhalb von 18 Monaten nach Versicherungsbeginn gemäß Abschnitt III in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung sowie der Krankentagegeld- und der privaten Pflegepflichtversicherung umzustellen, soweit für die versicherte Person in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

c) Für die Beitragseinstufung in die Zieltarife gilt dann das tarifliche Eintrittsalter des gewählten Tarifes zum Wechselzeitpunkt.

d) Wird die Umstellung auf einen höheren Versicherungsschutz als unter Abschnitt III. bzw. IV. zugesichert beantragt, findet hinsichtlich des erhöhten Versicherungsschutzes eine erneute Gesundheitsprüfung statt. Die Annahme des Antrages hinsichtlich eines erhöhten Versicherungsschutzes kann insoweit von einem Beitragszuschlag oder einem Leistungsausschluss abhängig gemacht werden.

e) Wurden beim Abschluss des Tarifes OptionPRIVAT bereits besondere Bedingungen, z.B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen, vereinbart, werden diese beim Wechsel in die Krankheitskostenvoll-, in die Krankentagegeld- oder in eine Krankenzusatzversicherung übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

f) Leistungen werden nach Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung oder Krankenzusatzversicherung ohne Wartezeiten auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn bezeichneten Zeitpunkt an gezahlt. Dies gilt jedoch nicht für die private Pflegepflichtversicherung. Hier gelten die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

III. Wechsel in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung

a) Als Krankheitskostenvollversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:
- ambulante Heilbehandlung
- stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

b) Arbeitnehmer können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
- bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
- höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

c) Selbständige können als Krankentagegeldversicherung einen Versicherungsschutz ab dem 15. Tag einer Arbeitsunfähigkeit vereinbaren:
- bis jeweils zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens;
- höchstens jedoch 130 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer zum Zeitpunkt, an dem das Optionsrecht ausgeübt wird.

Selbständige Existenzgründer können die Krankentagegeldversicherung mit höchstens 90 % des maximalen Krankengeldes der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbaren.

d) Bei einem Wechsel von in der GKV versicherten Personen in einen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung nach Abschnitt II. a) muss der Versicherungsnehmer veranlassen, dass die Umstellung spätestens sechs Monate nach Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung in Kraft getreten ist.

IV. Wechsel in einen Tarif der Krankenzusatzversicherung für in der GKV versicherte Personen

a) Als Krankenzusatzversicherung gilt ein Versicherungsschutz mit maximal folgendem Leistungsumfang:
- ambulante Heilbehandlung mit Anspruch auf Kostenerstattung
- stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf privatärztliche Behandlung und Unterkunft in einem Einbettzimmer
- Zahnersatz
- Krankentagegeld in Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ausgenommen sind Tarife der Pflegeergänzungsversicherung.

b) Will der Versicherungsnehmer von dem Optionsrecht auf Wechsel in die Krankenzusatzversicherung Gebrauch machen, muss er veranlassen, dass die Umstellung spätestens drei Monate nach Ende der Höchstvertragsdauer im Tarif OptionPRIVAT bzw. nach Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung in Kraft getreten ist.

V. Ende der Versicherungsdauer

Die Versicherung nach Tarif OptionPRIVAT endet

a) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (gemäß Abschnitt I. a):
   - nach Ablauf von 10 Jahren seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder
   - sechs Monate nach Ende der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Anspruchs auf Familienversicherung im Rahmen der Pflichtversicherung oder
   - mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III. bzw. IV..

b) für Personen, die im Tarif OptionPRIVAT neben ihrer Versicherung in einem anderen Unternehmen der PKV versichert sind (gemäß Abschnitt I. b):
   - nach Ablauf von 18 Monaten seit Versicherungsbeginn im Tarif OptionPRIVAT oder
   - mit Ausübung des Optionsrechts nach Abschnitt III.

VI. Beiträge

a) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

b) Die Beiträge im Tarif OptionPRIVAT werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

c) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

d) Der Beitrag ändert sich nicht, solange das Versicherungsverhältnis im Tarif OptionPRIVAT besteht.

VII. Beitragszahlung

a) Der Beitrag im Tarif OptionPRIVAT 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.

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

Tarif ExpertPLUS
Serviceversicherung
zu Tarifen mit stationärem Top-Schutzniveau

Stand: 01.10.2012, SAP-Nummer: 331679, 10.2012

I. Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind Personen, für die beim Versicherer ein stationärer Versicherungsschutz besteht, der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ oder darüber hinaus erstattet (Top-Schutzniveau).

II. Leistungsvoraussetzung
1. Versicherungsschutz besteht bei Behandlung folgender Erkrankungen:

Diagnose/Art der Erkrankung	Potenzielle Therapie	Fachrichtung
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems		
Herzklappenfehler (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Bypass-Operation)	Operation	Herzchirurgie
Koronare Herzkrankheit (Indikation zur Koronar-Angioplastie)	Therapeutische Koronar-Angioplastie (therapeutischer „Herzkatheter“)	Kardiologie
Erkrankungen der Halsschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Gefäßchirurgie
Erkrankungen der Hauptschlagader (Indikation zur Operation)	Operation	Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie
Bösartige Tumorerkrankungen		
Tumoren des Gehirns (auch gutartig)	Operation	Neurochirurgie
Tumoren der weiblichen Brustdrüse	Operation	Gynäkologie
Wiederaufbau der weiblichen Brustdrüse nach Tumorerkrankungen	Operation	Gynäkologie, Plastische Chirurgie
Tumoren der Gebärmutter	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Gebärmutterhalses	Operation	Gynäkologie
Tumoren des Eierstocks	Operation	Gynäkologie
Tumoren der Prostata	Operation	Urologie
Tumoren des Hodens	Operation	Urologie
Tumoren der Blase	Operation	Urologie
Tumoren der Niere	Operation	Urologie
Tumoren des Magens	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren des Darmes	Operation	Viszeralchirurgie
Tumoren der Speiseröhre	Operation	Viszeralchirurgie
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems		
Bandscheibenvorfall (Indikation für Bandscheibenentfernung und/oder -ersatz, Wirbelversteifung)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie
Kreuzbandriss (Knie)	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Störung der Knochenbruchheilung	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Korrekturbedürftige Fehlstellung nach Knochenbruch	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie
Posttraumatische Knocheninfektion	Operation	Orthopädie, Unfallchirurgie

2. Die Leistungen setzen eine fachärztlich gesicherte Diagnose einer der in der Tabelle aufgeführten Erkrankungen voraus. Kann die Diagnose erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Therapie sicher erstellt werden, genügt auch ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht.

3. Weiterhin muss der entsprechende Facharzt die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien als mögliche Behandlungsalternativen bewertet haben.

4. Der Nachweis dieser Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von fachärztlichen Befunden zu erbringen.

Der Versicherer richtet eine Spezialeinheit ein, an die Mitteilungen (z. B. per Brief, Fax oder e-Mail) im Rahmen des Tarifs ExpertPLUS zu richten sind.

Die ärztlichen Befunde müssen auf einem Formblatt an die Spezialeinheit übermittelt werden. Das Formblatt wird dem Kunden ausgehändigt. Die Fünf-Tage-Frist (siehe IV., 1.3) beginnt nur, wenn der Briefumschlag mit dem deutlich sichtbaren Vermerk

"ExpertPLUS – eilt!"

oder sinngemäß gekennzeichnet ist.

Die Unterlagen werden Eigentum des Versicherers. Die Kosten dieser Befundberichte werden vom Versicherer erstattet.

III. Versicherungsfall
1. Ein Versicherungsfall beginnt mit der ersten ärztlichen Untersuchung, die auf die Erkennung einer nach ExpertPLUS versicherten Diagnose gerichtet ist.

2. Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die Therapie auf eine Erkrankung der Diagnoseliste ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

3. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

IV. Versicherungsleistungen
Sind die Voraussetzungen erfüllt, leistet der Versicherer in der Bundesrepublik Deutschland wie in den Punkten 1 bis 4 dargestellt:

1. Organisation der Behandlung durch Experten
1.1. Der Versicherer organisiert auf der Grundlage des zugrundeliegenden Stationärversicherungsschutzes die Durchführung der in der Tabelle (siehe II.) aufgeführten Operation und/oder Behandlung durch einen Experten (siehe IV. 1.2.) in Deutschland. Erfolgt keine Operation oder Behandlung, besteht die Expertenleistung in einer ärztlichen Zweitmeinung , ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

1.2. Experten im Sinne des Tarifes ExpertPLUS sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind und sich als Ärzte für Behandlungen aus dem Tarif ExpertPLUS beim Versicherer vertraglich verpflichtet haben.

Zur Feststellung, ob Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedient sich der Versicherer öffentlich zugänglicher Qualitätskriterien und der Kenntnis seines medizinischen Beirates. Dieser ist mit vom Versicherer unabhängigen Fachleuten besetzt; die Zusammensetzung kann jederzeit eingesehen werden.

1.3. Der Versicherer sichert zu, dass
- die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von 5 Werktagen (außer Samstag) erfolgt, nachdem er die erforderlichen Nachweise gemäß II. 4. erhalten hat.

Die Fünf-Tage-Frist beginnt einen Tag, nachdem der Spezialeinheit des Versicherers die Nachweise, mit dem deutlich sichtbaren **Vermerk "ExpertPLUS – eilt!"** gekennzeichnet, zugegangen sind und der Versicherte mitgeteilt hat, bei welchem der zur Verfügung stehenden Experten er in Behandlung gehen möchte.

Sollte der Versicherte nicht transportfähig sein, beginnt die Frist zu laufen, nachdem er der Spezialeinheit die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitgeteilt hat.

1.4. Ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann die Operation oder Sprechstunde durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen heißt, dass der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

1.5. Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht kein Anspruch, dass nach der Empfehlung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch den Experten aus dem Ärztenetz erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes auch von anderen Behandlern erbracht werden.

1.6. Der Versicherer entscheidet, mit welchen Experten er im Tarif ExpertPLUS zusammenarbeitet. Der Versicherer kann die Zusammenarbeit mit einzelnen Experten jederzeit beenden, insbesondere, wenn diese sich nicht an die getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität) halten.

Die Aufnahme eines Arztes oder Behandlers in das Ärztenetzwerk oder die Beendigung der Zusammenarbeit haben keinen Einfluss auf die vertraglichen Beziehungen des Versicherten zu dem Arzt oder Behandler und auch nicht auf die Erstattungsfähigkeit dessen Honorars aus dem bestehenden Stationärtarif. Mit der Beendigung der Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk ist lediglich eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen des ExpertPLUS nicht mehr möglich.

1.7. Der Versicherte kann unter den vorgeschlagenen Experten (siehe IV. 1.2.) wählen. Durch die Auswahl der Experten ergibt sich, wo die Expertenleistungen erbracht werden.

2. Aufwandspauschale

Ist der Versicherungsfall nachgewiesen, leistet der Versicherer in jedem Fall eine Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR, unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen in Anspruch genommen werden. Ein Nachweis entsprechender Kosten ist nicht erforderlich.

3. Ersatzpauschale

Kann die Fünf-Tage-Frist ausnahmsweise nicht eingehalten werden, besteht Anspruch auf eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR. Das Recht des Versicherten, einen weitergehenden Schaden nachzuweisen, bleibt unberührt. Der Versicherer versucht danach weiterhin, schnellstmöglich die Leistungen zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale besteht erst nach Ablauf der in 4. genannten Fristen.

4. Leistungsanspruch pro Versicherungsfall

4.1. Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht pro Versicherungsfall nur einmal. Ein erneuter Anspruch auf Leistungen besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens nach 12 Monaten.

4.2. Die Frist von zwölf Monaten gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles.

Ergänzende Bedingungen

Der Tarif ExpertPLUS wird von der Union Krankenversicherung AG und der Bayerischen Beamtenkrankenkasse AG als rechtlich unabhängige Risikoträger (Versicherer) gemeinsam kalkuliert und parallel angeboten. Versicherer ist – auch im Folgenden – der jeweilige Risikoträger, d.h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde. In diesem Tarif wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet.

Sofern eine Anpassung der Versicherungsbeiträge notwendig ist, wird diese für den gesamten Versicherungsbestand gemeinsam einheitlich durchgeführt.

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

§ 2 Wartezeiten

1. Die Wartezeit wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet.

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

3. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet. Personen, die aus einer deutschen privaten Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit in einer Krankheitskostenvollversicherung auf die Wartezeit angerechnet. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge. Voraussetzung ist jeweils, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss beginnen soll.

§ 3 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsvertrag wird zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des laufenden Jahres.

2. Der Versicherungsnehmer kann den Tarif ExpertPLUS unabhängig vom Weiterbestehen der zugrunde gelegten Stationärtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

3. Die Versicherung im Tarif ExpertPLUS endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem deren Versicherung nach dem entsprechenden Stationärtarif endet.

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

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 5 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 6, kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats von Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer diesen Tarif auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

§ 4 Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

3. Die monatlichen Beitragsraten richten sich dann nach dem jeweiligen Lebensalter. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht ein außerordentliches Kündigungsrecht.

4. Die Beitragszahlung erfolgt analog den Stationärtarifen

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet sind.
Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 5 Beitragsanpassung

1. Während der Vertragsdauer können sich die Kosten für Versicherungsleistungen aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, und wegen der Häufigkeit der Inanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleichen die Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge von den Versicherern überprüft und, soweit erforderlich, nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden. Diese Anpassung erfolgt bei beiden Risikoträgern des Tarifs nach gemeinsamen Berechnungsgrundlagen einheitlich für den gesamten gemeinsamen Versichertenbestand.

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

3. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 6 Änderungen der Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifbedingungen zu ändern, wenn und soweit dies zur Wahrung der Interessen der Versicherten geboten ist. Dies gilt insbesondere, wenn einzelne zu vermittelnde Dienste auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen nicht mehr angeboten werden oder umgekehrt, neue Dienstleistungen auf dem allgemeinen Markt für Gesundheitsdienstleistungen verfügbar werden.
Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der genannten Diagnosen und/oder Therapien angepasst werden.

Tarif KHT Krankenhaustagegeld

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331693, 10.2012
Es gelten die AVB/KK - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

Versicherungsleistungen

1. Für jeden vollen Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus wird ein Krankenhaustagegeld in der versicherten Höhe gezahlt.

2. Die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes wird gezahlt
   a) bei stationärer Behandlung in einem Revier für Personen mit freier Heilfürsorge
   b) bei psychotherapeutischer und psychosomatischer stationärer Behandlung in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus.

Sonstige Tarifbedingungen
3. Der Versicherungsnehmer hat erstmals nach Ablauf von zwei vollen Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn und danach in zweijährigen Abständen die Möglichkeit, das vereinbarte Krankenhaustagegeld der Kostenentwicklung anzupassen, wenn sich in diesem Zeitraum im Gesamtbestand des Versicherers die Krankenhaus- und Operationskosten erhöht haben. Maßgebend sind die jeweils auf einen Tag bezogenen durchschnittlichen stationären Heilbehandlungskosten.
Das Krankenhaustagegeld kann pro Person bis zu einem Betrag von 150 Euro täglich angepasst werden, wenn ein Krankenhaustagegeld von mindestens 25 Euro versichert ist.
Geht der Antrag des Versicherungsnehmers auf Anpassung innerhalb der ersten zwei Monate nach Ablauf der jeweiligen Zweijahresfrist ein, wird das versicherte Krankenhaustagegeld nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 um den vom Versicherer nach Absatz 1 ermittelten Prozentsatz, mindestens jedoch um 1 Euro je 10 Euro versichertes Krankenhaustagegeld, ohne Risikoprüfung und ohne Wartezeit rückwirkend zum Beginn des Kalenderjahres erhöht.

4. Die Vereinbarung eines höheren Krankenhaustagegeldes ist nur bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres möglich. Die Regelung nach Nummer 3 bleibt unberührt.

Beiträge
10. Sobald eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, ist ab diesem Zeitpunkt der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

11. Monatliche Beitragsrate pro Person für Neuaufnahmen je 5 Euro Krankenhaustagegeld siehe Beitragstabelle.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)

Tarif TA
Tarifstufen TA 43 - TA 365
Krankentagegeldversicherung für Angestellte und Arbeiter

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331797, 10.2012
Es gelten die AVB/KT - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex).

Beiträge
1. Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter zugrunde gelegt, das die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns oder im Monat des In-Kraft-Tretens einer Änderung vollendet bzw. vollendet hat.

2 Das Berufsrisiko (Krankheit und Unfall) ist ohne Beitragszuschlag mitversichert. Das Gleiche gilt für Beitragszahlungen der Bayerischen Beamtenkrankenkasse an die Bundesagentur für Arbeit, soweit die Beiträge auf Zeiten des Bezugs von Krankentagegeld entfallen (Arbeitslosenversicherung).

Versicherungsleistungen
3. Das Krankentagegeld wird je Tag der fortdauernden, ärztlich festgestellten, völligen Arbeitsunfähigkeit (einschließlich Sonn- und Feiertage) gezahlt
in Tarifstufe TA 43 ab dem 43. Tag (7. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 85 ab dem 85. Tag (13. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 106 ab dem 106. Tag (16. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 127 ab dem 127. Tag (19. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 183 ab dem 183. Tag (27. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 274 ab dem 274. Tag (40. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TA 365 ab dem 365. Tag (53. Woche) der völligen Arbeitsunfähigkeit

4. Im Anschluss an Leistungen für völlige Arbeitsunfähigkeit gewährt die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 vom Hundert ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht für längstens vier Wochen.

5. In den Tarifstufen TA 43 – TA 365 werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die der Arbeitgeber berechtigterweise zusammenrechnet, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.

Sonstige Tarifbedingungen
6. Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Bayerischen Beamtenkrankenkasse haben.
Versicherungsfähig sind Angestellte und Arbeiter, die in einem ständigen Arbeitsverhältnis stehen (Beendigung vergleiche § 15 AVB/KT).

7. Die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe darf nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit. Erlangt die Bayerische Beamtenkrankenkasse davon Kenntnis, dass sich der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes der versicherten Person über die Karenzzeit der Tarifstufe verlängert hat, so ist sie berechtigt, die Versicherung binnen drei Monaten, frühestens jedoch mit dem Ende eines bereits eingetretenen Versicherungsfalles in eine Krankentagegeldtarifstufe mit längerer Karenzzeit überzuleiten.
Die Karenzzeit der neuen Tarifstufe darf nicht länger sein als die Dauer der Arbeitsentgeltszahlung.

8. Versicherbar ist das Nettoeinkommen (Bruttoarbeitsentgelt abzüglich der darauf entfallenden Steuer und Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung), das in den letzten drei Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde. Es kann auch das durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten zwölf Monate entsprechend § 4 Absatz 2 AVB/KT gewählt werden.
Über das Nettoeinkommen hinaus können Krankentagegelder versichert werden, die für Beitragszahlung zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt sind.

9. Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann der Versicherungsnehmer sein Tagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 Euro, erhöhen, sofern er mindestens ein Tagegeld von 25 Euro versichert hatte. Die Grenze des § 4 Absatz 2 AVB/KT und laufende Nummer 8 Absatz 2 des Tarifs darf nicht überschritten werden.
Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung und neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird. Die bisher vereinbarten Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse gelten sinngemäß auch für das erhöhte Krankentagegeld.
Das erhöhte Krankentagegeld gilt ab Eingang des Antrags beim Versicherer.

10. Entfällt der Anspruch auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente wegen Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit, so ist im unmittelbaren Anschluss daran der erneute Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse möglich. Der Antrag ist binnen zwei Monaten nach Wegfall der Berufs- oder Erwerbs-unfähigkeitsrente zu stellen. In diesem Falle sind Vorerkrankungen risikounerheblich, die nach Beginn der ersten Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse aufgetreten sind.

Abkürzungsverzeichnis
AVB/KT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

Tarif TAF
Tarifstufen TAF 4 - TAF 43
Krankentagegeldversicherung für Freiberufler

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331803, 10.2012
Es gelten die AVB/KT - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex).

Beiträge

1. Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter zugrunde gelegt, das die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns oder im Monat des In-Kraft-Tretens einer Änderung vollendet bzw. vollendet hat.

2. Das Berufsrisiko (Krankheit und Unfall) ist ohne Beitragszuschlag mitversichert.

Versicherungsleistungen

3. Das Krankentagegeld wird je Tag der fortdauernden, ärztlich festgestellten, völligen Arbeitsunfähigkeit (einschließlich Sonn- und Feiertage) gezahlt

in Tarifstufe TAF	4 ab dem	4. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAF	8 ab dem	8. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAF	15 ab dem	15. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAF	22 ab dem	22. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAF	29 ab dem	29. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAF	43 ab dem	43. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit.

4. Im Anschluss an Leistungen für völlige Arbeitsunfähigkeit gewährt die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 vom Hundert ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht für längstens vier Wochen.

Sonstige Tarifbedingungen

5. Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Bayerischen Beamtenkrankenkasse haben.
Versicherungsfähig sind Personen, die selbständig eine Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Diplompsychologe, Zahntechniker, Krankengymnast, Heilpraktiker, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Patentanwalt, Vermessungsingenieur, Ingenieur, Architekt, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratender Volks- oder Betriebswirt, vereidigter Buchprüfer (vereidigter Bücherrevisor), Steuerbevollmächtigter, Journalist ausüben, aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte beziehen und einkommensteuerpflichtig sind (Beendigung vergleiche § 15 AVB/KT).

6. Versicherbar ist ein Krankentagegeld, das das tägliche durchschnittliche im Inland erzielte Nettoeinkommen des letzten Kalenderjahres oder der letzten zwölf Monate vor Antragstellung nicht übersteigt (vergleiche § 4 Absatz 2 AVB/KT). Als Nettoeinkommen gilt der Gewinn (§ 2 Absatz 2 Ziffer 1 Einkommensteuergesetz) aus der im Versicherungsantrag angegebenen Tätigkeit.
Über das Nettoeinkommen hinaus können Krankentagegelder versichert werden, die für Beitragszahlung zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt sind.

7. Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann der Versicherungsnehmer sein Tagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 Euro, erhöhen, sofern er mindestens ein Tagegeld von 25 Euro versichert hatte. Die Grenze des § 4 Absatz 2 AVB/KT und laufende Nummer 6 Absatz 2 des Tarifs darf nicht überschritten werden.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung und neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird. Die bisher vereinbarten Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse gelten sinngemäß auch für das erhöhte Krankentagegeld.
Das erhöhte Krankentagegeld gilt ab Beginn des auf die Antragstellung folgenden Monats.

8. Wird eine Berufs- oder Erwerbstätigkeit wiederaufgenommen, so ist im unmittelbaren Anschluss daran der erneute Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse möglich. Der Antrag ist binnen zwei Monaten nach Wiederaufnahme der Berufs- oder Erwerbstätigkeit zu stellen. In diesem Falle sind Vorerkrankungen risikounerheblich, die nach Beginn der ersten Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse aufgetreten sind.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

Tarif TAG
Tarifstufen TAG 8 - TAG 43
Krankentagegeldversicherung für Selbständige

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331806, 10.2012
Es gelten die AVB/KT - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex).

Beiträge
1. Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter zugrunde gelegt, das die versicherte Person im Monat des Versicherungsbeginns oder im Monat des In-Kraft-Tretens einer Änderung vollendet bzw. vollendet hat.

2. Das Berufsrisiko (Krankheit und Unfall) ist ohne Beitragszuschlag mitversichert.

Versicherungsleistungen
3. Das Krankentagegeld wird je Tag der fortdauernden, ärztlich fest-gestellten, völligen Arbeitsunfähigkeit (einschließlich Sonn- und Feiertage) gezahlt

in Tarifstufe TAG 8 ab dem 8. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAG 15 ab dem 15. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAG 22 ab dem 22. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAG 29 ab dem 29. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
in Tarifstufe TAG 43 ab dem 43. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit.

4. Im Anschluss an Leistungen für völlige Arbeitsunfähigkeit gewährt die Bayerische Beamtenkrankenkasse bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 vom Hundert ein Übergangsgeld in Höhe der Hälfte des versicherten Krankentagegeldes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht für längstens vier Wochen.

Sonstige Tarifbedingungen
5. Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Bayerischen Beamtenkrankenkasse haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die selbständig einen Beruf oder ein Gewerbe ausüben (Angehörige freier Berufe, Handwerker, Gewerbetreibende und landwirtschaftliche Unternehmer), aus dieser Tätigkeit regelmäßig Einkünfte beziehen und einkommensteuerpflichtig sind (Beendigung vergleiche § 15 AVB/KT).

6. Versicherbar ist ein Krankentagegeld, das das tägliche durchschnittliche im Inland erzielte Nettoeinkommen des letzten Kalenderjahres oder der letzten zwölf Monate vor Antragstellung nicht übersteigt (vergleiche § 4 Absatz 2 AVB/KT). Als Nettoeinkommen gilt der Gewinn (§ 2 Absatz 2 Ziffer 1 Einkommensteuergesetz) aus der im Versicherungsantrag angegebenen Tätigkeit.

Über das Nettoeinkommen hinaus können Krankentagegelder versichert werden, die für Beitragszahlung zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmt sind.

7. Erhöht sich das Nettoeinkommen, so kann der Versicherungsnehmer sein Tagegeld im gleichen Verhältnis, aufgerundet auf volle 5 Euro, erhöhen, sofern er mindestens ein Tagegeld von 25 Euro versichert hatte. Die Grenze des § 4 Absatz 2 AVB/KT und laufende Nummer 6 Absatz 2 des Tarifs darf nicht überschritten werden.

Die Erhöhung des Krankentagegeldes erfolgt ohne neue Gesundheitsprüfung und neue Wartezeiten, wenn der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt und die Erhöhung mit dem Antrag nachgewiesen wird. Die bisher vereinbarten Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse gelten sinngemäß auch für das erhöhte Krankentagegeld.

Das erhöhte Krankentagegeld gilt ab Beginn des Eingangs des Antrags beim Versicherer.

8. Wird eine Berufs- oder Erwerbstätigkeit wiederaufgenommen, so ist im unmittelbaren Anschluss daran der erneute Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse möglich. Der Antrag ist binnen zwei Monaten nach Wiederaufnahme der Berufs- oder Erwerbstätigkeit zu stellen.

In diesem Falle sind Vorerkrankungen risikounerheblich, die nach Beginn der ersten Krankentagegeldversicherung bei der Bayerischen Beamtenkrankenkasse aufgetreten sind.

Abkürzungsverzeichnis
AVB/KT Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (Unisex)

Tarif PflegePREMIUM Plus
Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.01.2013, SAP-Nummer: 332400, 10.2012
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif PflegePREMIUM Plus endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung
– eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV
– der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I, II bzw. III.
Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

Der nachgewiesene erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf gilt als Pflegebedürftigkeit im Sinne der AVB/EPV-VT.

1. Pflegetagegeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld
1.1 für **erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf** zu **30 %**
gezahlt, solange die versicherte Person nicht pflegebedürftig in einer der drei Pflegestufen ist.

1.2 für **häusliche** und **teilstationäre Pflege**
in der Pflegestufe I zu **30 %**
in der Pflegestufe II zu **60 %**
in der Pflegestufe III zu **100 %**
gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.3 für **vollstationäre Pflege** in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für **Kurzzeitpflege** in den **Pflegestufen I, II und III zu 100 %** gezahlt.

Wählt die versicherte Person vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, wird das vereinbarte Pflegetagegeld gemäß Ziffer II.1.2 gezahlt.

Maßgebend für die Frage, ob die vollstationäre Pflege erforderlich ist oder nicht, ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

2. Einmalzahlung
Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe I, II oder III leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagessatzes.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

3. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt.

4. Wartezeit
Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt die Wartezeit.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.
Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
– Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
– Bei der versicherten Person liegt kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach § 45 a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16 und 17 MB/PPV vor.
– Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II bzw. III.
– Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
– Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 2 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 2 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer ausdrücklich allen Dynamisierungen, erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Wechselmöglichkeit

Nimmt der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen Änderungen in der Pflegepflichtversicherung (SGB XI) vor und führt der Versicherer daraufhin einen neuen Tarif ein und wird dieser dem Versicherten für den Wechsel vom Versicherer angeboten, hat der Versicherte die Möglichkeit, innerhalb von 2 Monaten nach Angebot ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben und die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig ist bzw. noch kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf vorliegt.

VI. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung wird eine nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG mögliche Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif PflegeOPTIMAL Plus
Pflegetagegeldversicherung

Stand: 01.012013, SAP-Nr : 332396, 10.2012
Es gelten die AVB/EPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif PflegeOPTIMAL Plus endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der deutschen sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung endet.

II. Versicherungsleistungen

Leistungspflicht besteht ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II bzw. III. Maßgebend ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

1. Pflegetagegeld
Mit Eintritt der Leistungspflicht wird das vereinbarte Pflegetagegeld
1.1 für **häusliche** und **teilstationäre Pflege**
in der Pflegestufe II zu **60 %**
in der Pflegestufe III zu **100 %**
gezahlt, unabhängig davon, durch wen die Pflege durchgeführt wird (Pflegefachkraft, Familienangehörige, etc.).

1.2 für **vollstationäre Pflege** in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) und für **Kurzzeitpflege** in den **Pflegestufen II und III zu 100 %** gezahlt.

Wählt die versicherte Person vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, wird das vereinbarte Pflegetagegeld gemäß Ziffer II.1.1 gezahlt.

Maßgebend für die Frage, ob die vollstationäre Pflege erforderlich ist oder nicht, ist die Feststellung im Gutachten der Pflegepflichtversicherung.

2. Einmalzahlung
Beim erstmaligen Eintritt in die Pflegestufe II oder III leistet der Versicherer eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen vereinbarten Tagessatzes.

Diese Einmalzahlung wird während der gesamten Laufzeit höchstens einmal gewährt.

3. Beitragsfreistellung
Ab dem Eintritt der Leistungspflicht besteht abweichend von § 8 AVB/EPV-VT Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt mit Ende des Monats, in dem die Leistungspflicht wegfällt.

4. Wartezeit
Abweichend von § 3 AVB/EPV-VT entfällt die Wartezeit.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/EPV-VT.

IV. Leistungsanpassung (Dynamisierung)

1. Der Versicherer passt das vereinbarte Pflegetagegeld entsprechend der Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten nach Maßgabe der Ziffern 2 bis 8 an.
Der Anpassungssatz wird aus dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ berechnet. Zur Berechnung werden die Steigerungsraten der Verbraucherpreisindizes für Deutschland der letzten drei Jahre herangezogen.

2. Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen, wenn hinsichtlich des Vertragsverhältnisses alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person ist nicht pflegebedürftig nach Pflegestufe II bzw. III.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld wurde letztmals vor mindestens drei Kalenderjahren geändert.
- Aufgrund des bisher versicherten Pflegetagegeldes ergibt der Anpassungssatz eine Erhöhung des versicherten Tagegeldes von mindestens 2 Euro.

3. Die Leistungsanpassung erfolgt erstmals in dem auf den Ablauf von drei Versicherungsjahren folgenden Kalenderjahr und danach alle drei Kalenderjahre.

4. Die Leistungsanpassung wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Sie wird ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn des zweiten Monats (Anpassungstermin) wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
Besonders vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die höheren Leistungen weiter.

5. Die Erhöhung des Pflegetagegeldes beträgt 2 Euro oder ein Vielfaches davon.

6. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Leistungsanpassung erreichten tariflichen Lebensalter der versicherten Person berechnet. Bisher vereinbarte Zuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

7. Eine Erhöhung des Pflegetagegeldes entfällt rückwirkend, sofern und soweit der Versicherungsnehmer ihr bis zum Ersten des Monates, der auf den Anpassungstermin folgt, schriftlich widerspricht. Auf die Folgen des Fristablaufes wird er bei Bekanntgabe der Anpassung ausdrücklich hingewiesen.

8. Widerspricht der Versicherungsnehmer ausdrücklich allen Dynamisierungen, erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers wieder in Kraft treten.

V. Wechselmöglichkeit

Nimmt der Gesetzgeber im Rahmen von Reformen Änderungen in der Pflegepflichtversicherung (SGB XI) vor und führt der Versicherer daraufhin einen neuen Tarif ein und wird dieser dem Versicherten für den Wechsel vom Versicherer angeboten, hat der Versicherte die Möglichkeit, innerhalb von 2 Monaten nach Angebot ohne erneute Gesundheitsprüfung in diesen Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben und die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig ist.

VI. Direktgutschrift

Anstelle einer Beitragsermäßigung nach § 12 a Absatz 2 a Satz 4 VAG wird eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/EPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Unisex)
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz

Tarif FörderPflege
Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflegetagegeld)

Stand: 01.07.2014, SAP-Nr.: 332969, 07.2014
Es gelten die AVB/GEPV-VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bzw. private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI erhalten.
Ruht der Vertrag für eine versicherte Person gemäß § 23 AVB/GEPV-VT, ist diese Person auch ohne Anspruch auf Pflegevorsorgezulage versicherungsfähig.

2. Nicht versicherungsfähig sind Personen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen oder bezogen haben oder die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 24 AVB/GEPV-VT sind auch Personen versicherungsfähig, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

3. Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen.

II. Versicherungsleistungen

1. Höhe des Pflegetagegeldes
Das Pflegetagegeld beträgt in Pflegestufe III 20 EUR.
Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 EUR monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Leistungsumfang
Mit Eintritt der Leistungspflicht (siehe hierzu insbesondere §§ 6 und 7 AVB/GEPV-VT) wird das Pflegetagegeld in folgender Höhe gezahlt:

a) bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (solange die versicherte Person nicht pflegebedürftig in einer der drei Pflegestufen ist) zu **20 %**,

b) für **Pflege**
in der Pflegestufe I zu **20 %**,
in der Pflegestufe II zu **40 %**,
in der Pflegestufe III zu **100 %**
des für Pflegestufe III vereinbarten Pflegetagegeldes.

Das Pflegetagegeld wird unabhängig davon gezahlt, durch wen (Pflegefachkraft, Familienangehörige etc.) und wie (häuslich, teilstationär, stationär etc.) die Pflege durchgeführt wird.

III. Sonstiges

1. Das Pflegetagegeld wird in Vielfachen von 1 EUR versichert.

2. Der Februar wird bei der Auszahlung eines Pflegetagegeldes mit 30 Tagen angesetzt.

3. Erhalt der Förderfähigkeit bei Beitragssenkungen
Ergänzend zu § 13 AVB/GEPV-VT gilt:
Würde der vereinbarte Tarifbeitrag für eine versicherte Person durch eine Beitragsanpassung unter den Mindestbeitrag von 15 EUR monatlich (vgl. § 9 Absatz 1 AVB/GEPV-VT) sinken, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld auf denjenigen EUR-Betrag, der zum Erreichen des Mindestbeitrags nötig ist.
Der Beitrag wird an die höhere Leistung angepasst. Leistungserhöhung und Beitragsanpassung werden zum selben Zeitpunkt wirksam.
Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer über diese Änderungen. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit entfällt, mit der Folge, dass der Vertrag endet.

4. Erhalt der Förderfähigkeit bei Vollendung des 18. Lebensjahres
Ergänzend zu § 24 Absatz 4 Satz 2 AVB/GEPV-VT gilt:
Liegt der vereinbarte Tarifbeitrag zu Beginn des Monats, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, unter dem Mindestbeitrag von 15 EUR monatlich, erhöht der Versicherer das vereinbarte Pflegetagegeld, damit die versicherte Person einen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage erwerben kann. Die Regelungen der Ziffer III. 3. gelten entsprechend.

5. Wartezeit
Abweichend von § 5 AVB/GEPV-VT entfällt die Wartezeit

a) bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern sich der Unfall nach Vertragsschluss ereignet hat,
b) wenn für die versicherte Person beim gleichen Versicherer zusammen mit der Versicherung nach diesem Tarif oder später eine ergänzende Pflegetagegeldversicherung nach den Tarifen PflegeOPTIMAL Plus oder PflegePREMIUM Plus abgeschlossen wird. Wird die Versicherung im Tarif PflegeOPTIMAL Plus oder PflegePREMIUM Plus wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten oder aus sonstigen Gründen vor Ablauf der Wartezeit der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

IV. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. 18. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 18 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 10 AVB/GEPV-VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/GEPV-VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch

Wichtige Hinweise zur staatlichen Zulage für Tarif FörderPflege

1. Zulagenberechtigung

Tarif FörderPflege wird durch eine staatliche Zulage gefördert. Erfüllen Sie die persönlichen Fördervoraussetzungen, erhalten wir unmittelbar von der staatlichen Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund für diesen Vertrag für jede versicherte Person eine Zulage von 5 Euro pro Monat, die auf den Monatsbeitrag angerechnet wird. Wichtig ist, dass Sie den Vertrag nur abschließen können, wenn Sie die Fördervoraussetzungen für die Erlangung der Zulage erfüllen:

- Sie müssen in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung versichert sein.
- Sie dürfen bei Abschluss des Vertrages keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder eingeschränkter Alltagskompetenz aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung beziehen oder in der Vergangenheit bezogen haben.
- Bei Abschluss des Vertrages müssen Sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Bei Abschluss des Vertrages darf kein weiterer Vertrag über eine geförderte ergänzende Pflegeversicherung bestehen, denn die staatliche Zulage wird nur für einen Vertrag je versicherte Person gezahlt. Vor Abschluss des Vertrages sollten Sie daher prüfen, ob für Sie bereits geförderte ergänzende Pflegeversicherungen bestehen.
- Ihr monatlicher Eigenanteil am Beitrag muss mindestens 10 Euro betragen.
- Das vereinbarte Pflegetagegeld muss in Pflegestufe III mindestens 20 Euro täglich betragen. Liegt der Beitrag für dieses Pflegetagegeld unter 15 EUR monatlich (inklusive der Pflegevorsorgezulage), wird das Pflegetagegeld in der Höhe vereinbart, die zum Erreichen des Mindestbeitrags und damit zur Erlangung der Pflegevorsorgezulage nötig ist.

2. Auszahlung der Zulage und Ihre Verpflichtungen hierbei

In Höhe der staatlichen Zulage wird der Beitrag gestundet, bis die Zulage an uns gezahlt wird. Die Zulage wird also auf den Beitrag angerechnet. Um die Auszahlung der Zulage kümmern wir uns.

Hierzu bevollmächtigen Sie uns, für die versicherte Person die Zulage und gegebenenfalls auch die Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Bei der zentralen Stelle handelt es sich um die für die Gewährung der Zulage verantwortliche Behörde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Hilfsweise und zur Beschleunigung der Angelegenheit erlauben Sie uns für den Fall, dass Ihnen bei Antragstellung die Rentenversicherungs-, Sozialversicherungs- oder Zulagenummer nicht vorliegt, auch die Nutzung der bei den Konzernunternehmen der Versicherungskammer Bayern eventuell bereits vorhandenen Nummern.

Mit dem Zulagenantrag werden aufgrund der von Ihnen erteilten Vollmacht die persönlichen Fördervoraussetzungen an die staatliche Zulagenstelle übermittelt. Die Zulage wird im Anschluss an das Kalenderjahr von der zentralen Stelle an das Versicherungsunternehmen ausgezahlt und unmittelbar Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Wichtig ist auch Ihre Verpflichtung, Veränderungen in der Zulageberechtigung (vgl. Nr. 1) unverzüglich anzuzeigen, damit die Zulage durch uns zutreffend beantragt werden kann. Besteht kein Anspruch auf Zulage, wird das Versicherungsverhältnis rückabgewickelt, bis zu Beginn des Zeitraums, für den zuletzt eine Zulage gezahlt worden ist.

Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass für Sie oder eine andere versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, teilen wir Ihnen dies mit und informieren Sie über Ihre weiteren Handlungsmöglichkeiten.

Besteht kein Anspruch auf Zulage, da bereits ein anderer Vertrag die Zulage erhalten hat, haben Sie die Möglichkeit, den jüngeren Vertrag aufzuheben und die Zuweisung der Zulage auf den älteren Vertrag zu verlangen, um bereits aufgebaute Alterungsrückstellungen zu bewahren und um zu vermeiden, dass bereits durchlaufene Wartezeiten verloren gehen.

Tarif S-KG
Krankentagegeldversicherung für gesetzlich Versicherte

Stand: 01.07.2015, SAP Nr.: 331918, 07.2015

I. Allgemeines

1. Es gelten die AVB/VT-S-KG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex).

2. Versicherungsfähig sind alle Personen, die als Arbeitnehmer in einem Arbeitsverhältnis mit sechswöchiger Lohnfortzahlung stehen, Mitglied einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind und über ein regelmäßiges Einkommen verfügen.

Wird der Versicherte arbeitslos, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, zu dem feststeht, dass der Versicherte eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

II. Versicherungsleistungen

1. Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe.

2. Die Höhe des vereinbarten monatlichen Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (z. B. S-KG 300 bedeutet, dass ein monatliches Krankentagegeld von 300 EUR vereinbart ist). Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt tageweise, wobei von 30 Tagen je Kalendermonat ausgegangen wird.

3. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

III. Beiträge

Die Beiträge werden nach der jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlage festgelegt.

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate richtet sich nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe und wird im Versicherungsschein ausgewiesen. Als Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem jeweils laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Von dem auf die Vollendung des 44. und 54. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 Absatz 4 AVB/VT-S-KG ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT-S-KG	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung nach Tarif S-KG (Unisex)

Besondere Bedingungen für junge Erwachsene/YoungLINE

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr : 331993, 10.2012
Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen für junge Erwachsene können zu den Tarifen

ZahnPLUS	Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
ZahnPREMIUM	Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte
KlinikPRIVAT/2	Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

vereinbart werden.

Solange die Besonderen Bedingungen gelten, erhält der Tarif den Zusatz „/YL“.

Die Besonderen Bedingungen können von allen Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden, vereinbart werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt 29 Jahre.

II. Beiträge

1. Während der Gültigkeit der Besonderen Bedingungen reduziert sich der Beitrag gegenüber dem des zugrunde liegenden Tarifs, weil keine Alterungsrückstellung gebildet wird. Deshalb richten sich die monatlichen Beitragsraten nach der jeweiligen Lebensaltersgruppe; sie ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

2. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 25. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

III. Ende der Besonderen Bedingungen

1. Die Besonderen Bedingungen entfallen
   a) mit Beendigung des zugrunde liegenden Tarifes;
   b) zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet;
   c) bei Kündigung der Besonderen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer. Die Kündigung ist zum Ende eines jeden Monats mit einer Frist von zwei Wochen möglich.

2. Entfallen die Besonderen Bedingungen aufgrund Punkt 1 Buchstabe b) oder c), wird die Versicherung ohne Unterbrechung im zugrunde liegenden Tarif weitergeführt. Die Weiterführung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung der Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis zwei Monate nach der Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Besondere Bedingungen zur Kombination von Pflegetagegeldtarifen

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr.: 331988, 10.2012
Es gelten die vereinbarten Tarife mit den jeweils zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Geltungsbereich
Diese Besonderen Bedingungen gelten, wenn und solange beim Versicherer zwei oder mehr Pflegetagegeldtarife (einschließlich der jeweiligen Tarifvarianten), die jeweils eine tarifliche Dynamisierung vorsehen, miteinander kombiniert werden.

2. Leistungsanpassung (Dynamisierung)
Abweichend zu den Dynamisierungsregelungen in den Tarifbedingungen der jeweils versicherten Pflegetagegeldtarife gilt Folgendes:

Die Anpassung des vereinbarten Pflegetagegeldes wird vorgenommen,

- solange die versicherte Person noch nicht pflegebedürftig in einer der versicherten Pflegestufen ist und
- solange bei der versicherten Person noch kein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf nach §°45a SGB XI bzw. § 4 H. Absätze 16, 17 MB/PPV vorliegt, sofern in einem oder mehreren der versicherten Pflegetagegeldtarife auch hierfür Leistungen mitversichert sind.

3. Ende der Besonderen Bedingungen
Diese Besonderen Bedingungen entfallen, wenn nur noch ein Pflegetagegeldtarif besteht, der eine tarifliche Dynamisierung vorsieht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
SGB XI	XI. Buch Sozialgesetzbuch
MB/PPV	Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Sonderbedingung BEST
zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331930, 10.2012

I. Aufnahmefähigkeit

Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter können zu allen Krankheitskostentarifen vereinbart werden (Grundtarife).

II. Höhe der Beitragsermäßigung

1. Die Beitragsermäßigung kann in Vielfachen von 5 Euro vereinbart werden.

2. Die vereinbarte Beitragsermäßigung darf 60 % des jeweils gültigen monatlichen Beitrags der Grundtarife nicht übersteigen.

3. Vor Wirksamwerden der Beitragsermäßigung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers der vereinbarte Beitragsermäßigungsbetrag unter Berücksichtigung der Absätze 1 und 2 erhöht bzw. vermindert werden.

III. Versicherungsleistungen

Vom Zeitpunkt der Vollendung des 65. Lebensjahres an, ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife um den für die versicherte Person vereinbarten Betrag.
Die Beitragsermäßigung kann bei einer Beitragsanpassung der Grundtarife auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits ab Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person beginnen. In diesem Fall ermäßigt sich die monatliche Beitragsrate der Grundtarife der versicherten Person ab Eingang des entsprechenden Antrags beim Versicherer um einen nach den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten verminderten Betrag.
Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

IV. Änderung der Grundtarife

1. Bei einem Wechsel in andere Grundtarife werden die Sonderbedingungen unter Berücksichtigung von I. auf die neuen Grundtarife übertragen.

2. Sinkt der Beitrag der Grundtarife oder wird ein Wechsel in Grundtarife mit niedrigerem Beitrag vorgenommen, so dass die vereinbarte Beitragsermäßigung die in II. 2. festgelegte Höchstgrenze übersteigt, wird der Ermäßigungsbetrag nach den technischen Berechnungsgrundlagen gesenkt. Die vorhandene Alterungsrückstellung bleibt vollständig erhalten.

V. Ende der Sonderbedingungen

1. Die Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter und alle damit vom Versicherungsnehmer erworbenen Rechte enden mit Beendigung des Versicherungsschutzes nach den Grundtarifen.

2. Der Versicherungsnehmer kann die Sonderbedingungen unabhängig vom Weiterbestehen der Grundtarife zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden. Aus der vorhandenen Alterungsrückstellung wird nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine sofortige nunmehr allerdings verminderte Beitragsermäßigung eingeräumt.

3. Der Versicherer verzichtet hinsichtlich dieser Sonderbedingungen auf das ordentliche Kündigungsrecht.

4. Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres. Ein Wechsel des Grundtarifes oder die Erhöhungen oder Reduzierungen des Ermäßigungsbetrages haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen, mindestens aber bis einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

VI. Beiträge

1. Durch Vereinbarung der Sonderbedingungen erhöht sich der Beitrag der Grundtarife um einen Zusatzbetrag. Der Zusatzbetrag wird nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Er ergibt sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Der monatlich zu zahlende Zusatzbetrag wird in dem jeweils gültigen Versicherungsschein ausgewiesen.

2. Der Zusatzbetrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

3. Der Zusatzbetrag ist über die gesamte Versicherungsdauer auch nach Wirksamwerden der Beitragsermäßigung zu zahlen.

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

VII. Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers aufgrund veränderter durchschnittlicher Vertragsdauern, insbesondere wegen steigender Lebenserwartung, ändern. Deshalb werden die Rechnungsgrundlagen der Sonderbedingungen zur Vereinbarung einer Beitragsermäßigung im Alter nach den technischen Berechnungsgrundlagen zusammen mit den Rechnungsgrundlagen des jeweiligen Grundtarifs, zu dem die Sonderbedingungen vereinbart sind, überprüft und, soweit erforderlich, nach Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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

3. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

VIII. Bedingungsanpassung

Die Versicherungsbedingungen können vom Versicherer unter den Voraussetzungen des § 203 Absatz 3 – 5 VVG mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung des Versicherers über die Änderung und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung (Code of Conduct)

Stand: 23.04.2014, SAP-Nr. **33 39 20**; 12/14 ek

1. Information zur Verwendung Ihrer Daten
Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erfolgt im erforderlichen Umfang vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages für die Prüfung und Einschätzung des zu versichernden Risikos sowie zur Verwaltung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Schaden- oder Leistungsfall.

2. Code of Conduct (CoC)
Der CoC beinhaltet Verhaltensregeln zur Förderung des Datenschutzes in der Versicherungswirtschaft, welche die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes konkretisieren sowie darüber hinaus datenschutzrechtliche Mehrwerte für die Kunden schaffen. Diese Verhaltensregeln wurden von der Versicherungswirtschaft zusammen mit den Datenschutzaufsichtsbehörden der Länder und unter Einbeziehung der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. erarbeitet.

Die Unternehmen des Konzerns Versicherungskammer Bayern sind den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft beigetreten und haben sich damit zu deren Einhaltung verpflichtet. Die Verhaltensregeln finden Sie im Internet unter

www.vkb.de/web/html/pk/ihre_vkb/datenschutz/code_of_conduct

Auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck der Verhaltensregeln (CoC), eine Liste der Unternehmen unseres Konzerns, die an einer zentralen Datenverarbeitung teilnehmen, unser Verfahrensverzeichnis sowie eine Liste der Dienstleister, mit denen wir zusammenarbeiten.

Ferner können Sie im Internet die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten abrufen.

3. Auskunfts- und Berichtigungsrecht, Löschen und Sperren
Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn sich deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie nach den Verhaltensregeln des CoC geltend machen.

4. Widerspruchsmöglichkeit
Ihre Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung nur zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen unserer Gruppe und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung verwendet. Dem können Sie ohne Auswirkungen auf den Versicherungsvertrag formlos widersprechen.

5. Hinweis- und Informationssystem
Die informa IRFP GmbH (informa insurance risk and fraud prevention GmbH, Rheinstraße 99 in 76532 Baden-Baden) betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS).

Betroffene, deren Daten in HIS gespeichert werden, werden darüber informiert. Sie haben das Recht, von informa IRFP GmbH Auskunft darüber zu erhalten, ob und mit welchen Daten Sie im System gespeichert sind. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter

www.informa-irfp.de

6. Datenaustausch mit anderen Versicherern
Sie sind als Antragsteller und Vertragspartner verpflichtet, unsere Fragen, insbesondere zur Risikoeinschätzung und im Leistungsfall vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Zur Ergänzung oder Verifizierung Ihrer Angaben (auch zu versicherten Personen) kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Wechseln Sie von einem anderen Kfz-Versicherer zu uns, ist für die Einstufung des Kfz-Haftpflicht- und Vollkaskovertrags die Vorversicherungszeit maßgeblich, falls unser Tarif ein Schadenfreiheitssystem für Ihr Fahrzeug vorsieht. Wir sind nach den Regelungen in den AKB über „Auskünfte zum Schadenverlauf“ berechtigt, beim Vorversicherer zum Schadenverlauf anzufragen und das Ergebnis der Anfrage zu speichern.

Weitere Sachverhalte sind in Artikel 16 der Verhaltensregeln beschrieben.

Falls Sie Fragen dazu haben oder erwähnte Unterlagen wünschen, wenden Sie sich bitte an

Bayerische Beamtenkrankenkasse AG
Maximilianstraße 53
80530 München
E-Mail: service@vkb.de