



Maßstäbe / **neu definiert**

Versicherungsbedingungen und Informationen Krankenversicherung

Vollversicherung Privat

Stand: Mai 2012

Versicherungsbedingungen und Informationen

Krankenversicherung

Vollversicherung Privat

Inhaltsverzeichnis	Nummer	Seite
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht		3
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)		4
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung	VG400	6
Tarif 140-N – für ambulante Heilbehandlung	VG490	14
Tarif 341-N – für stationäre Heilbehandlung	VG491	16
Tarif 342-N – für stationäre Heilbehandlung	VG492	18
Tarif 344-N – für stationäre Heilbehandlung	VG493	20
Tarif EL-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG524	22
Tarif EL 400-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG254	25
Tarif EPT-N – für ambulante psychotherapeutische Behandlung	VG521	28
Tarif KG 2-N – für stationäre Krankenhausbehandlung	VG576	29
Tarif EL Bonus-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG523	31
Tarif KG-SU-N – für stationäre Krankenhausbehandlung	VG595	34
Tarif VITAL N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG526	36
Tarif 541-N – für zahnärztliche Behandlung	VG494	39
Tarif VITAL-Z-N – für zahnärztliche Behandlung	VG527	41
Tarif Z 100 S-N – für zahnärztliche Behandlung	VG529	43
Tarif Z 100-N – für zahnärztliche Behandlung	VG370	45
Tarif ZS 60-N – für zahnärztliche Behandlung	VG371	46
Tarif Z PRO-N – für zahnärztliche Behandlung	VG530	47
Tarif Vision 1 – für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung	VG528	49
Spezialtarif 150-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG495	52
Spezialtarif 153-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG496	55
Spezialtarife VA 100-2/N, VAIP/2 – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG531	58
Spezialtarif VisionStart-N – für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung	VG520	61
Spezialtarif VisionMed-N – für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung	VG522	64
Spezialtarife KGH 2-N, KGH 2 IP – für stationäre Krankenhausbehandlung	VG578	67
Spezialtarif PRAXmed-N – für ambulante und stationäre Heilbehandlung	VG532	69
Spezialtarife ZA 25-N, ZA 25 IP – für zahnärztliche Behandlung	VG579	72
Spezialtarif ZB 25-N – für zahnärztliche Behandlung	VG580	74
Spezialtarif ZZ-N – für zahnärztliche Behandlung	VG581	76
Tarif ARL – Auslandsreise-Langzeitversicherung	VG454	77
Tarif ARL-Basis – Auslandsreise-Langzeitversicherung	VG455	79
Tarif KG 2-START – für stationäre Krankenhausbehandlung	VG537	82
Tarif KHT 2 – Krankenhaustagegeldversicherung	VG480	84
Spezialtarif KTA – Krankenhaustagegeldversicherung	VG481	85
Tarif VorsorgePlus – für ambulante Vorsorgemaßnahmen	VG549	86
Tarif 350E-N – Kurtarif	VG572	92

Inhalt	Nummer	Seite
Tarif VIA – Option auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung (Höherversicherung)	VG369	93
Tarife BEA-N – für die Beitragsermäßigung im Alter	VG575	94
Preisverzeichnis Heilmittelliste	VG596	95
Preisverzeichnis Heilmittelliste für Tarife Vision 1-1500, Vision 1-3000, Vision 1-4500	VG533	97
Zahn-Sachkostenliste I	VG594	99
Zahn-Sachkostenliste II	VG593	101
Zahn-Sachkostenliste III	VG389	103
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Tarif KGU	VG406	105
Tarif KGU – für unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung	VG538	108
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung	VG403	110
Tarife 061E-N bis 064E-N – Krankentagegeldversicherung	VG573	116
Spezialtarife 901E-N bis 906E-N – Krankentagegeldversicherung	VG574	117
Tarif TN 7 – Krankentagegeldversicherung	VG583	118
Tarif TN 14 – Krankentagegeldversicherung	VG584	118
Tarif TN 21 – Krankentagegeldversicherung	VG585	119
Tarif TN 28 – Krankentagegeldversicherung	VG586	119
Tarif TV 42 – Krankentagegeldversicherung	VG590	120
Tarif TV 42 AN – Krankentagegeldversicherung	VG386	121
Tarif TN 91 – Krankentagegeldversicherung	VG587	122
Tarif TN 182 – Krankentagegeldversicherung	VG588	122
Tarif TN 273 – Krankentagegeldversicherung	VG262	123
Tarif TN 365 – Krankentagegeldversicherung	VG589	123
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	VG243	124
Tarif PV	VG244	130
Anhang zu MB/PPV und Tarif PV		134
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge	VG411	143
Tarif Flex 1, Flex 2, Flex 3 – Pflegevorsorgeversicherung	VG257	146
Tarif FamilyFit – Pflegevorsorgeversicherung	VG260	147
Tarif FamilyFitK – Pflegevorsorgeversicherung	VG261	150
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut	VG412	151
Tarif Akut – Pflegevorsorgeversicherung	VG258	153
Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung	VG405	156
Tarif EHP – für die Ergänzende Häusliche Pflegeversicherung	VG483	160
Tarif ESP – für die Ergänzende Stationäre Pflegeversicherung	VG482	163

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

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

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

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

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

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

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmepflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrags (VVG) und dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

VVG

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

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

Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

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

(...)

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat.

Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) 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, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

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

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

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neu-

en Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

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

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

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

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 01. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 01. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

(3) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer bei der Krankheitskosten- und bei der Krankenhaustagegeldversicherung kann der Versicherungsnehmer ein Krankenversicherungsverhältnis, das für die Dauer von mehr als einem Jahr eingegangen ist, zum Ende des ersten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(2) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes kranken oder pflegeversicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung sowie eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer 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 die Prämie nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

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

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

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist. (...)

§ 206

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. (...)

SGB V

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

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

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

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten 6 Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31.12.2000 annehmen,

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

4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) §§ 1-19

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1 Preisliche Angemessenheit

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

- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

Nr. 1a Besondere Bedingungen

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

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

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

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

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

Nr. 2 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Sterilisation und nicht-rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gelten als Versicherungsfall.

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

Nr. 3 Vorsorgeuntersuchungen

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

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

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

Abweichend von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 besteht während der ersten 6 Monate des Aufenthaltes in dem Land der EU bzw. des EWR, in das die versicherte Per-

son ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt hat, Versicherungsschutz, ohne dass die Kosten im Inland leistungsbegrenzend zugrundegelegt werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr. 5 Rücktransport/Überführung aus dem Ausland

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

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

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 6a Kindernachversicherung

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

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

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

Nr. 6c Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer versichert das Neugeborene wie geboren.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen,

b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

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

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

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

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

Nr. 7 Wartezeitverzicht

Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung aller Wartezeiten.

Nr. 8 entfällt

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

Nr. 9 Heilbehandler

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

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

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

Nr. 10 Gebührenordnungen

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

Nr. 10a Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung

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

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

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

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

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

Nr. 10b Behandlung im Ausland

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

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

Nr. 11 Definitionen

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

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

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

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

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

(3) Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die nachfolgend aufgezählten:

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

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

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

Nr. 12 Leistungshöchstgrenzen

- (1) Für Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, bestimmt sich die Höhe des erstattungsfähigen Entgeltes durch die genannten Rechtsgrundlagen in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Entgelte, die nicht nach Abs. 1 zu berechnen sind, unterliegen der Leistungspflicht, soweit sie die im Vergleich zu den durch die Bundespflegegesetzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten.
- (3) Der Versicherer verzichtet bei Krankenhausaufenthalt im Ausland auf die Anwendung von Abs. (2); Nr. 1 TB 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Besondere Unterbringungsformen

- (1) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.
- (2) Bei Aufenthalt in einem Sanitätsbereich der Bundeswehr oder einer ähnlichen Einrichtung wird ein Krankenhaustagegeld nur gezahlt, wenn und solange Art und Schwere der Erkrankung in zivilen Verhältnissen eine stationäre Behandlung in einem nach § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 anerkannten Krankenhaus notwendig machen würde.
- (3) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.

Nr. 13a Vor- und Nachuntersuchung

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

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

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

Nr. 13b Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

- (1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelte oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten war.
- (2) Tritt während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.

Die Kosten werden bei den unten aufgeführten Diagnosen ebenfalls ohne vorherige schriftliche Leistungszusage im Fall einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Behandlung erstattet, wenn die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt, wobei der Entlassungstag bei der Berechnung der Frist nicht mitzählt:

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

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

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

Nr. 14 Beitragsrückerstattung

- (1) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet.
Dies kann geschehen durch:

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

- (2) Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.
- (3) Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

Nr. 15 Leistungen bei unterjährigen Tarifbeginnen bzw. -wechseln

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

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

Nr. 16 Terrorereignisse

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

Nr. 16b Wehrdienstbeschädigung

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

Nr. 16c Unvorhersehbarer Kriegsausbruch im Ausland

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

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

Nr. 17 Entziehungs-/Entwöhnungsmaßnahmen

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

- c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus 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;

Nr. 18 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

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

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

- allgemeine Krankenhausbehandlung 46,02 Euro pro Tag,
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 71,58 Euro pro Tag,
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 97,15 Euro pro Tag, im Rahmen der Krankheitskostenzusatzversicherung bei Tarifen mit Leistungen für
- privatärztliche Behandlung 5,11 Euro pro Tag,
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Zweibettzimmer 12,78 Euro pro Tag,
- privatärztliche Behandlung und Unterkunft im Einbettzimmer 19,43 Euro pro Tag.

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

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

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

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

Nr. 19 Kur- und Badeorte

- (1) Für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort werden die tariflichen Leistungen gewährt.
- (2) Für eine ambulante Kurbehandlung werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, physikalische Therapie und Kurtaxe tariflich erstattet.

- f) ...
- 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.

Nr. 19a Auslandsaufenthalt zum Zwecke einer Heilbehandlung

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

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

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

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

Nr. 19b Anwendbares Recht und Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

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

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 20 Nachweise

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

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

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

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

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

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

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

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

Nr. 21 Wechselkurs

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

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

Nr. 22 Überweisungskosten

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Nr. 23 Eintrittsalter

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

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

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

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

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

sicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags.

Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

Nr. 24 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

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

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

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

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

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

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

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

Nr. 25a

Abweichend vom folgenden § 8 Abs. 7 Satz 1 MB/KK 2009 kann der Versicherer auch bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenvollversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gemäß § 37 VVG vom Vertrag zurücktreten.

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

Nr. 25b Mahnkosten

Der Versicherer kann eine angemessene Mahngebühr verlangen.

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

Nr. 26 Ruhensvereinbarung

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

Nr. 27 Überprüfungseinheiten und Anpassungsfaktor

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

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 28 Meldung einer Krankenhausbehandlung

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

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

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

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

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

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

Nr. 29 Unfall-Krankenhaustagegeld

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 30 Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Jahre (24 Monate) fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat.

Nr. 31 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

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

Nr. 32 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

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

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

Nr. 33 Kündigungsverzicht

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

Nr. 34 Ehescheidungen, Getrenntleben

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

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

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

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

Nr. 35 Besondere Regelungen bei Auslandsaufenthalten

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

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

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

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

Nr. 36 Geltung deutschen Rechts/Gerichtsstand bei Auslandsaufenthalt

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. (2a) Nr. 2, 2a-2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anlage) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für 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) Abs. 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

§ 257 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

- diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt;
- sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. (1) des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die in Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären.
 - sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt.
 - sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmebedingungen aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
- sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden;
- vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
- die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Abs. (2) erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet. Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

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

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

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

Versicherungsaufsichtsgesetz § 12 Substitutive Krankenversicherung

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

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

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

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

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

Gültig ab 09/2011

Teil III Krankheitskostenversicherung für ambulante Heilbehandlung

Tarif	140-N
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p style="text-align: center;">für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und</p> <p style="text-align: center;">80 %</p> <p style="text-align: center;">ab der 31. Therapiesitzung</p> <p>erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen von Heilpraktikern.</p> <p>Für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <p>a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,- Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600,- Euro gezahlt.</p> <p>b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,- Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,- Euro gezahlt.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
B Leistungsausschlüsse	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, – ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
C Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Schul- oder Berufsausbildung endet,</p> <p>b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird,</p> <p>c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>

<p>D Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherten mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person.</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag.</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind).</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit.</p> <p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p> <p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet.</p> <p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>E Bonifikation</p>	<p>1. Beitragsrückerstattung Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>2. Verhaltensbonus Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>3. Auszahlung Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für stationäre Heilbehandlung

<p>Tarif</p>	<p>341-N</p>										
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu</p> <p style="text-align: center;">100 %.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Heilmittel, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines</p> <p style="text-align: center;">Einbettzimmers</p> <p>als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder der</p> <p style="text-align: center;">1. Pflegeklasse.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>										
<p>B Ersatzleistung</p>	<p>Nehmen Versicherte dieses Tarifs die versicherte Leistung nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Das Krankenhaustagegeld beträgt:</p> <table border="0"> <tr> <td>bei Wahl der</td> <td>1. Klasse</td> <td>2. Klasse</td> <td>3. Klasse</td> <td>Regelklasse</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0,- Euro</td> <td>22,- Euro</td> <td>40,- Euro</td> <td>50,- Euro</td> </tr> </table>	bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse		0,- Euro	22,- Euro	40,- Euro	50,- Euro
bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse							
	0,- Euro	22,- Euro	40,- Euro	50,- Euro							
<p>C Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung; - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>										
<p>D Klassen der Krankenhausleistungen</p>	<p>Der ersten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Einbettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt.</p> <p>Der zweiten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Zweibettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Einbettzimmer.</p> <p>Der dritten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Zweibettzimmer.</p> <p>Der Regelklasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen.</p> <p>Als Wahlleistung Ein- bzw. Zweibettzimmer gilt die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer (§ 22 BPfIV bzw. § 17 KHEntgG). Als Wahlleistung Privatarzt gelten gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, § 17 KHEntgG).</p> <p>Unterscheidet ein Krankenhaus für seine Leistungen nach Pflegeklassen, entspricht die erste Klasse der 1. Pflegeklasse, die zweite Klasse der 2. Pflegeklasse, die dritte Klasse der 3. Pflegeklasse oder der allgemeinen Pflegeklasse.</p> <p>Ergibt sich die Klasse der Krankenhausleistungen nicht aus den vorhergehenden Absätzen, entsprechen die Krankenhausleistungen bei Unterbringung in einem Einbettzimmer der ersten Klasse, bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer der zweiten Klasse, bei Unterbringung in einem Dreibettzimmer der dritten Klasse und bei Unterbringung in einem Zimmer mit mehr als drei Betten der Regelklasse.</p>										
<p>E Zusatzleistungen für Begleitpersonen</p>	<p>Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.</p> <p>Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.</p>										
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>										

<p>G Kostennachweis</p>	<p>Dem Versicherungsnehmer obliegt der Nachweis der gewählten Klasse und deren Kosten.</p>
<p>H Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherten mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>I Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nachdem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für stationäre Heilbehandlung

Tarif	342-N										
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu</p> <p style="text-align: center;">100 %.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Heilmittel, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines</p> <p style="text-align: center;">Zweibettzimmers</p> <p>als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz oder der</p> <p style="text-align: center;">2. Pflegeklasse.</p> <p>Wird eine Klasse mit höheren Kosten gewählt (z. B. erste Klasse), werden der Erstattung nur die Kosten der zweiten, dritten bzw. Regelklasse des aufgesuchten Krankenhauses zu Grunde gelegt. Wird diese Klasse vom Krankenhaus nicht angeboten, ist für die Erstattungshöhe von deren Kosten das nächstgelegene Krankenhaus maßgebend, das diese Klasse anbietet und für die gewählte Klasse dem aufgesuchten Krankenhaus entsprechende Kosten hat. Erstattungsfähige Aufwendungen für Leistungen der Ärzte und Hebammen werden entsprechend der gewählten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses ersetzt.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>										
B Ersatzleistung	<p>Nehmen Versicherte dieses Tarifs die versicherte Leistung nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Das Krankenhaustagegeld beträgt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">bei Wahl der</td> <td style="width: 15%;">1. Klasse</td> <td style="width: 15%;">2. Klasse</td> <td style="width: 15%;">3. Klasse</td> <td style="width: 15%;">Regelklasse</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">0,- Euro</td> <td style="text-align: center;">0,- Euro</td> <td style="text-align: center;">16,- Euro</td> <td style="text-align: center;">26,- Euro</td> </tr> </table>	bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse		0,- Euro	0,- Euro	16,- Euro	26,- Euro
bei Wahl der	1. Klasse	2. Klasse	3. Klasse	Regelklasse							
	0,- Euro	0,- Euro	16,- Euro	26,- Euro							
C Leistungsausschlüsse	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).</p> <p>Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>										
D Klassen der Krankenhausleistungen	<p>Der ersten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Einbettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt.</p> <p>Der zweiten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Zweibettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Einbettzimmer.</p> <p>Der dritten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Zweibettzimmer. Der Regelklasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen.</p> <p>Als Wahlleistung Ein- bzw. Zweibettzimmer gilt die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer (§ 22 BpflV bzw. § 17 KHEntG). Als Wahlleistung Privatarzt gelten gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (§ 22 BpflV, § 17 KHEntG).</p> <p>Unterscheidet ein Krankenhaus für seine Leistungen nach Pflegeklassen, entspricht die erste Klasse der 1. Pflegeklasse, die zweite Klasse der 2. Pflegeklasse, die dritte Klasse der 3. Pflegeklasse oder der allgemeinen Pflegeklasse.</p> <p>Ergibt sich die Klasse der Krankenhausleistungen nicht aus den vorhergehenden Absätzen, entsprechen die Krankenhausleistungen bei Unterbringung in einem Einbettzimmer der ersten Klasse, bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer der zweiten Klasse, bei Unterbringung in einem Dreibettzimmer der dritten Klasse und bei Unterbringung in einem Zimmer mit mehr als drei Betten der Regelklasse.</p>										
E Zusatzleistungen für Begleitpersonen	<p>Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.</p> <p>Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.</p>										
F Kostennachweis	<p>Dem Versicherungsnehmer obliegt der Nachweis der gewählten Klasse und deren Kosten.</p>										
G Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p>										

<p>H Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p> <p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. Qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>I Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung

Tarif	344-N
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer erstattet die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu</p> <p style="text-align: center;">100 %.</p> <p>Erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Heilmittel, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme eines Privatarztes (allgemeine Krankenhausleistungen).</p> <p>Wird eine Klasse mit höheren Kosten gewählt, werden der Erstattung nur die Kosten der zweiten, dritten bzw. Regelklasse des aufgesuchten Krankenhauses zu Grunde gelegt. Wird diese Klasse vom Krankenhaus nicht angeboten, ist für die Erstattungshöhe deren Kosten das nächstgelegene Krankenhaus maßgebend, das diese Klasse anbietet und für die gewählte Klasse dem aufgesuchten Krankenhaus entsprechende Kosten hat. Erstattungsfähige Aufwendungen für Leistungen der Ärzte und Hebammen werden entsprechend der gewählten Klasse des aufgesuchten Krankenhauses ersetzt.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
B Klassen der Krankenhausleistungen	<p>Der ersten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Einbettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt.</p> <p>Der zweiten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen, der Wahlleistung Zweibettzimmer und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Einbettzimmer.</p> <p>Der dritten Klasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Privatarzt oder – wenn Kosten für die Wahlleistung Privatarzt nicht nachgewiesen werden – die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistung Zweibettzimmer.</p> <p>Der Regelklasse entspricht die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen.</p> <p>Als Wahlleistung Ein- bzw. Zweibettzimmer gilt die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- bzw. Zweibettzimmer (§ 22 BPfIV bzw. § 17 KHEntgG). Als Wahlleistung Privatarzt gelten gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, § 17 KHEntgG).</p> <p>Unterscheidet ein Krankenhaus für seine Leistungen nach Pflegeklassen, entspricht die erste Klasse der 1. Pflegeklasse, die zweite Klasse der 2. Pflegeklasse, die dritte Klasse der 3. Pflegeklasse oder der allgemeinen Pflegeklasse.</p> <p>Ergibt sich die Klasse der Krankenhausleistungen nicht aus den vorhergehenden Absätzen, entsprechen Krankenhausleistungen bei Unterbringung in einem Einbettzimmer der ersten Klasse, bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer der zweiten Klasse, bei Unterbringung in einem Dreibettzimmer der dritten Klasse und bei Unterbringung in einem Zimmer mit mehr als drei Betten der Regelklasse.</p>
C Leistungsausschlüsse	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, – ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
D Zusatzleistungen für Begleitpersonen	<p>Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.</p> <p>Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.</p>
E Kostennachweis	<p>Dem Versicherungsnehmer obliegt der Nachweis der gewählten Klasse und deren Kosten.</p>
F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht. In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
G Umwandlungsoption 1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p>

<p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person.</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag.</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind).</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit.</p> <p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p> <p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet.</p> <p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>H Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

EL-N für ambulante und stationäre Heilbehandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif	EL-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Allgemein</p> <p>2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung</p> <p>3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung</p> <p>4. Erstattung bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung</p>	<p>Die Aussagen unter A gelten unter Berücksichtigung der Aussagen unter B bis E.</p> <p style="text-align: center;">80 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel bzw.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p style="text-align: center;">90 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Heilmittel.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 Kalenderjahren wird ein Rechnungsbetrag bis zu 103,- Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 2 Kalenderjahren.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen.</p> <p>Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie, Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung, Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen sowie ambulante Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (früher: 3. Pflegeklasse) – ohne privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte und bessere Unterbringung – sowie medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Kosten für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag des Versicherten geplant und begonnen wurde.</p> <p style="text-align: center;">60 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen.</p> <p>Serviceleistungen Zahnleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>

	<p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen, – Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt, – implantologische Leistungen, – funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, – funktionstherapeutische Leistungen. <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste III genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen. Vgl. aber aber Abschnitte B und C.</p>
<p>B Leistungsbegrenzung bei zahnärztlicher Behandlung</p>	<p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro – Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro – Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro – Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro <p>Bei unfallbedingten zahnärztlichen/kieferorthopädischen Maßnahmen entfällt die Begrenzung. Alle Behandlungskosten müssen medizinisch notwendig sein und dürfen das medizinisch notwendige Maß nicht überschreiten.</p>
<p>C Kostenvoranschlag für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Heilbehandlung</p>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz oder Kieferregulierung ist dem Versicherer rechtzeitig ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine detaillierte Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diese unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan sowie die Kostenaufstellung des Labors nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die Leistungsquote auf 50 % der normalen tariflichen Leistung.</p>
<p>D Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen des Tarifs EL-N können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif EL-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>E Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).</p> <p>Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL-N nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; für Anschlussheilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13 b Abs. 2 TB 2009 geleistet. – Behandlungen durch Heilpraktiker sowie deren Verordnungen – Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen außerhalb der dort vorgesehenen Altersgrenzen – ambulante psychotherapeutische Behandlung – Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen – Sterilisation – Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr. 2, Nr. 3, Nr. 18 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p>

F Bonifikationen

1. Beitragsrückerstattung
2. Verhaltensbonus
3. Auszahlung

Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.

Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.

Die Bonifikationen werden ausgezahlt.

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

Gültig ab 07/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif	EL400-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Allgemein</p> <p>2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung</p> <p>3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung</p> <p>4. Erstattung bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Heilbehandlung</p>	<p>Die Leistungen des Versicherers für ambulante Heilbehandlung (Abschnitt A. 2.) vermindern sich für eine versicherte Person pro Versicherungsjahr um einen Selbstbehalt von</p> <p style="text-align: center;">400,00 Euro.</p> <p>Die Aussagen unter Abschnitt A. gelten unter Berücksichtigung der Aussagen unter den Abschnitten B bis D.</p> <p style="text-align: center;">80 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich verordneter Arzneimittel, wenn für die Behandlung ein Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenheilkunde (Augenarzt), für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt) oder ein Not- bzw. Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen wird oder der Versicherte von einem der vorgenannten Ärzte zur Mit-/Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überwiesen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p style="text-align: center;">90 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Heilmittel.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 außer Sehhilfen, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Innerhalb von 2 Kalenderjahren wird ein Rechnungsbetrag bis zu 103,- Euro anerkannt und bis zu 103,- Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 2 Kalenderjahren.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen.</p> <p>Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne privatärztliche Behandlung durch Krankenhausärzte und bessere Unterbringung) sowie medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Erstattungsfähig sind auch Kosten für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnbehandlungen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, wenn die Maßnahme vor dem 18. Geburtstag des Versicherten geplant und begonnen wurde.</p> <p style="text-align: center;">60 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen.</p> <p>Serviceleistungen Zahnleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>

	<p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen, - Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt, - implantologische Leistungen, - funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, - funktionstherapeutische Leistungen. <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste III genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen. Vgl. aber Abschnitte B und C.</p>
<p>B. Zahnstaffel</p>	<p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro - Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro - Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro - Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro <p>Bei unfallbedingten zahnärztlichen/kieferorthopädischen Maßnahmen entfällt die Begrenzung.</p>
<p>C. Kostenvoranschlag für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Heilbehandlung</p>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz oder Kieferregulierung ist dem Versicherer rechtzeitig ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine detaillierte Kostenaufstellung des zahnärztlichen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diese unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsumfang verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan sowie die Kostenaufstellung des Labors nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die Leistungsquote auf 50 % der normalen tariflichen Leistung.</p>
<p>D. Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL 400-N nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; für Anschlussbehandlungen in Gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13b Abs. 2 TB 2009 geleistet; - Behandlungen durch Heilpraktiker sowie deren Verordnungen - Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen außerhalb der dort vorgesehenen Altersgrenzen - ambulante psychotherapeutische Behandlung - Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen - Sterilisation - Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr. 2, Nr. 3, Nr. 18 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p>
<p>E. Bonifikation</p> <p>1. Beitragsrückerstattung</p> <p>2. Verhaltensbonus</p> <p>3. Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F. Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann im Tarif EL400-N unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
<p>G. Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif EL400-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL400-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind), e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>

3. Frist zur Wahrnehmung der Option

Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:

- a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.
- b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
- c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

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

Gültig ab 09/2011

VG521

EPT-N**für ambulante und psychotherapeutische Heilbehandlung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif / Klasse	EPT-N
A. Leistungen des Versicherers (1) Erstattung bei ambulanter Behandlung	Für medizinisch notwendige ambulante psychotherapeutische Behandlung werden erstattungsfähige Aufwendungen zu 75 % erstattet. Die Leistungen sind auf 30 Sitzungen je Versicherungsjahr begrenzt. Geleistet wird für psychotherapeutische Behandlungen durch niedergelassene ärztliche Psychotherapeuten, sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
B. Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig sind Personen, die gleichzeitig mit Tarif EPT-N den Tarif EL-N, EL400-N oder EL Bonus-N bei uns abschließen.
C. Versicherungsfähigkeit	Versicherungsfähig sind Personen, für die beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung ohne Leistungen für ambulante Psychotherapie besteht.
D. Leistungsausschlüsse / Begrenzungen	Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB).

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

Gültig ab 06/2011

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif EPT-N oder: Was wir häufig von unseren Kunden gefragt werden

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung nach Vorleistung einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden Grundversicherung

Tarif	KG 2-N										
A Leistungen des Versicherers	<p>Volle Erstattung der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden – der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden – Grundversicherung für Allgemeine Regelleistungen (Grundversicherung).</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines</p> <p style="text-align: center;">Zweibettzimmers und privatärztlicher Behandlung</p> <p>als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder der 2. Pflegeklasse, soweit diese die Leistungen der Grundversicherung übersteigen.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>										
B Ersatzleistung und Selbstbehalt	<p>(1) Nehmen Versicherte des Tarifes KG 2-N versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Nehmen sie nicht versicherte Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch, hat der Versicherungsnehmer insoweit einen täglichen Selbstbehalt (SB) zu tragen.</p> <p>Im Einzelnen gilt:</p> <table border="1" data-bbox="507 981 1528 1370"> <tr> <td>Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td>SB: 50,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>SB: 10,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>Ersatzleistung KHT: 40,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td>Ersatzleistung KHT: 30,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td>Ersatzleistung KHT: 70,- Euro</td> </tr> </table> <p>(2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 500,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 50,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 10,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	Ersatzleistung KHT: 40,- Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	Ersatzleistung KHT: 30,- Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	Ersatzleistung KHT: 70,- Euro
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 50,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 10,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	Ersatzleistung KHT: 40,- Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	Ersatzleistung KHT: 30,- Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	Ersatzleistung KHT: 70,- Euro										
C Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei Kindern	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. Die Bezugsperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BpflV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>										
D Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient	<p>Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.</p>										
E Besondere Bestimmungen	<p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der BpflV, sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die</p> <ol style="list-style-type: none"> Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung nach § 2 BpflV eines Krankenhauses. <p>Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p>										
F Umwandlungsoption 1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p>										

<p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Würde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankentagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>G Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif KG 2-N kann nur zusammen mit einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden – der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden – Versicherung für Allgemeine Regelleistungen im Krankenhaus (Grundversicherung) abgeschlossen werden. Endet die Grundversicherung, so endet auch die Versicherungsfähigkeit nach Tarif KG 2-N. Der Versicherte kann dann innerhalb von zwei Monaten nach der Mitteilung über die Beendigung des Tarifes KG 2-N unter Anrechnung der erworbenen Rechte in den Tarif KG 2 wechseln. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in Tarif KG 2-N durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

<p>4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p> <p>5) Ersatzleistungen</p>	<p>Serviceleistungen stationäre Behandlung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Belegärzte, die nicht in der eigenen Praxis niedergelassen sind, stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, Sterilisation, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung sowie die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aus nicht medizinischen Gründen (siehe auch unter B. Leistungsausschlüsse).</p> <p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPFiv abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage erstattet. Erstattet wird die Zuschlagshöhe, die für die Unterbringung einer Begleitperson bei medizinisch notwendiger Mitaufnahme berechnet werden kann (§ 2 der Vereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).</p> <p>100,- Euro bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung (Hausentbindung) – bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>
<p>B Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).</p> <p>Darüber hinaus sind folgende Leistungen im Tarif EL Bonus-N nicht im Versicherungsschutz enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ambulante und stationäre Kuren bzw. Rehabilitationsmaßnahmen; für Anschlussheilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten wird unter den Voraussetzungen der Nummer 13 b Abs. 2 TB 2009 geleistet. – ambulante psychotherapeutische Behandlung; – Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen; – Sterilisation und Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer künstlichen Befruchtung; – Fahrtkosten zur ambulanten ärztlichen Behandlung. <p>Insoweit finden Nr. 2, Nr. 18 und Nr. 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p>
<p>C Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen des Tarifs EL Bonus-N können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif EL Bonus-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL Bonus-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>D Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann im Tarif EL Bonus-N unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

<p>E Bonifikationen</p> <p>1) Beitragsrückerstattung</p> <p>2) Verhaltensbonus</p> <p>3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen des Verhaltensbonus werden vom Versicherer zu Beginn jeden Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F Versicherungsfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig/Aufnahmefähig sind ausschließlich Personen, für die weder bei AXA Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherer neben dem Tarif EL Bonus-N eine Krankenkostenversicherung für stationäre Heilbehandlung mit Leistungen für privatärztliche Behandlung und/oder gesondert berechenbare Unterkunft besteht, mit Ausnahme des Tarifes KG-SU-N, der Wahlleistungen ausschließlich bei schweren Erkrankungen und schweren Unfallfolgen vorsieht.</p>
<p>G Wegfall der Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Erlangt der Versicherer Kenntnis davon, dass für eine versicherte Person eine andere Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung besteht, so endet für diese Person die Versicherung nach Tarif EL Bonus-N zu Beginn des Folge-monats nach Kenntnisnahme. Der Versicherte kann dann in einen anderen Tarif für ambulante oder stationäre Heilbehandlung wechseln, sofern für diesen Tarif Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als der des Tarifs EL Bonus-N.</p>

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

Gültig ab 07/2010

Portabilität der Altersrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Altersrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Krankheitskostenversicherung für stationäre Krankenhausbehandlung

bei schwerer Erkrankung oder schweren Unfallfolgen nach Vorleistung einer privaten Grundversicherung mit allgemeiner Pflegeleistung ohne Wahlleistungen (besondere Unterbringung und wahlärztliche Behandlung)

Tarif	KG-SU-N
Versicherungsfähigkeit/Wegfall	<p>Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif besteht nur in Kombination mit Krankheitskostenvollversicherungen unseres Unternehmens, die ausschließlich die Allgemeinen Krankenhausleistungen absichern. Bei Wechsel in andere als die die Versicherungsfähigkeit begründenden Tarife endet dieser Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die gleiche Folge hat die Beendigung der die Versicherungsfähigkeit begründenden Krankheitskostenvollversicherung.</p> <p>Nicht versicherungsfähig sind darüber hinaus Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50 % ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.</p>
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherer leistet im Falle einer bei der versicherten Person nach Vertragsabschluss eingetretenen schweren Erkrankung oder schwerer Unfallfolge im Sinne von Abschnitt 2 für Privatärztliche Behandlung und Wahlleistungen im Krankenhaus. Der konkrete Leistungsumfang ergibt sich aus Abschnitt 3.</p>
2. Schwere Erkrankung	<p>Als schwere Erkrankung gelten die im Folgenden genannten Erkrankungen bzw. Unfallfolgen, wenn sie durch einen Arzt/Facharzt festgestellt und durch klinische, radiologische, histologische bzw. Laborbefunde bestätigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Herzinfarkt (Myokardinfarkt) <ul style="list-style-type: none"> Klinische Diagnose eines Herzinfarktes, gesichert durch typische Beschwerden, Herzensymptome und EKG-Veränderungen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose. – Schlaganfall <ul style="list-style-type: none"> Jeglicher zerebrovaskulärer Insult mit andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs. Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen länger als eine Woche bestehen. Von dem Versicherungsschutz ausgeschlossen sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich innerhalb einer Woche ohne Folgen zurückbilden. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn, d. h. frühestens nach Ablauf einer Woche, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen weiterhin bestehen. – Krebs <ul style="list-style-type: none"> Eindeutige (histologisch gesicherte) Diagnose eines bösartigen Tumors, der charakterisiert ist durch unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und invasive maligne Melanome der Haut. Ausgeschlossen sind alle sonstigen Hauttumore, nichtinvasive Carcinoma-in-situ (z. B. oberflächliche, bösartige Schleimhautveränderungen des Gebärmutterhalses oder der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose in obigem Sinn. – Unfallfolgen bzw. Zustand nach einem Unfall, die nachfolgend benannt sind: <ul style="list-style-type: none"> Lähmungen (Paralyse) <ul style="list-style-type: none"> Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von mindestens 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk durch eine unfallbedingte Lähmung. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn. Verlust von Gliedmaßen <ul style="list-style-type: none"> Der bleibende Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk. Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis zum Eintritt des Verlustes bzw. mit der Feststellung einer zwingenden Indikation zur Amputation. Schädel-Hirn-Trauma <ul style="list-style-type: none"> Verletzung des Schädels 3. Grades mit Hirnbeteiligung. Koma <ul style="list-style-type: none"> Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, bei dem der Bewusstlose keine Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse (z. B. Blasen-, Mastdarmfunktion) zeigt. Der Zustand muss unter Einsatz lebensaufrechterhaltender Systeme andauernd für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden bestehen. Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn. Schwere Verbrennungen <ul style="list-style-type: none"> Verbrennungen 3. Grades an mehr als 18 % der Körperoberfläche. Der Anspruch auf Leistung entsteht mit dem ärztlichen Nachweis zum Umfang der Verbrennungen. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten auch durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule; Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist. <p>Als Unfälle gelten nicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung; Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten; Gesundheitsschädigungen durch Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse.
3. Informationen zum Leistungsumfang	<p>Sofern eine schwere Erkrankung im Sinne von Abschnitt 2 eingetreten ist, sind die folgenden nach Vorleistung der privaten Krankenversicherung (Grundversicherung) verbleibenden Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) inkl. Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers als Wahlleistung gemäß Bundespflegegesetzverordnung (BPFV) oder der 1. Pflegeklasse – Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) – Kosten für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn hierzu eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p>

	<p>Serviceleistung stationäre Behandlung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p>Sofern die Erkrankung erst während einer stationären Therapie diagnostiziert wird, gilt für den Anspruch auf stationäre Wahlleistungen ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht zunächst als ausreichend. Stellt sich im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass keine der in Abschnitt 2 genannten Erkrankungen oder schweren Unfallfolgen vorliegt, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages, an dem die endgültige Diagnose gestellt wurde. Der Versicherer ist unverzüglich über die geänderte Diagnose zu informieren.</p> <p>Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle und deren Folgen, die bei Ausübung von Extremsportarten eingetreten sind. Extremsportarten, die unter diesen Leistungsausschluss fallen, sind zum Beispiel: Bungeejumping, Drachenfliegen, Motorsport, Skin-Diving (Tauchen ohne Geräte), B.A.S.E Jumping, House Running, Free Climbing, Hydrospeed, Scad-Diving, Sky-Surfing, Canyoning, Rafting, Fallschirmspringen, Boxen und andere Kampfsportarten.</p>
<p>4. Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 03/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nachdem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif**Tarife VITAL 300-N, VITAL 600-N, VITAL 900-N****A Leistungen des Versicherers**

1) Ambulante Behandlung

100 %

für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

100 %

für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.

100 %

für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker – außer Psychotherapie – einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 1.000,- Euro pro Versicherungsjahr.

Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu

100 %

für die 1. bis zur 30. Sitzung

80 %

für die 31. bis zur 60. Sitzung

70 %

ab der 61. Sitzung erstattet.

100 %

für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.

Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf

75 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.

Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei

– orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen;

– Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009;

– Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.

100 %

für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.

90 %

für Heilmittel.

100 %

der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

100 %

für Schutzimpfungen gem. Nr. 11 Abs. 4 TB 2009.

Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:

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

100 %

für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung.

Erstattungsfähig sind alle Kosten für:

Krankenhauspflege, Verpflegung und Unterkunft, privatärztliche Heilbehandlung, Hebammen und medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme

– eines Zweibettzimmers

– eines Einbettzimmers, sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.

Serviceleistungen stationäre Behandlung:

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

2) Stationäre Behandlung

<p>3) Ersatzleistungen/Eigenanteile</p> <p>4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p> <p>5) Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld</p>	<p>Pauschale bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung 500,- Euro – bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache</p> <p>Bei Verzicht oder Teilverzicht auf versicherte stationäre Leistungen bzw. Inanspruchnahme nicht-versicherter Leistungen gilt Folgendes:</p> <p>Ersatzleistung pro Tag bei Verzicht auf</p> <p>– privatärztliche Behandlung 40,- Euro – Zweibettzimmer 30,- Euro</p> <p>Eigenanteil pro Tag bei</p> <p>– Unterbringung im Einbettzimmer 50,- Euro – kein Eigenanteil bei unfallbedingten Behandlungen</p> <p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPflV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p> <p>Während der ersten 6 Monate während des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsbeginn nachzuweisen.</p> <p>Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes Vital die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>
<p>B Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>Stufe VITAL 300-N: 300,- Euro Stufe VITAL 600-N: 600,- Euro Stufe VITAL 900-N: 900,- Euro</p> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte der oben genannten Selbstbehalte.</p> <p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen sowie die Pauschale/Ersatzleistungen unter A. (3) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p> <p>Der Versicherer behält sich vor, diesen Tarif mit Wirkung auch für bestehende Verträge mit Zustimmung des Treuhänders um zusätzliche Selbstbehaltstufen zu erweitern, die von den Versicherten gewählt werden können.</p>
<p>C Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p> <p>Für stationäre Kuren werden keine Leistungen erbracht. Insoweit gilt Nr. 18 TB 2009 „Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung“ nicht.</p> <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind nicht versichert.</p>
<p>D Bonifikationen</p> <p>1) Beitragsrückerstattung</p> <p>2) Verhaltensbonus</p> <p>3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus).</p> <p>Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>E Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet.

<p>3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
--	--

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

Tarif	541-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Erstattungsfähig sind die gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechneten Aufwendungen für folgende Leistungen der Zahnärzte zu</p> <p style="text-align: center;">100 % für Zahnbehandlung</p> <p style="text-align: center;">90 % für Kieferorthopädie</p> <p style="text-align: center;">80 % für Zahnersatz.</p> <p>a) Zahnbehandlung Als Zahnbehandlung gelten prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums, soweit sie nicht unter b) oder c) aufgeführt sind. Hierzu gehören auch vom Zahnarzt verordnete Arzneien zur Behandlung von Schmerzzuständen und Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich.</p> <p>b) Zahnersatz Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerten Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.</p> <p>c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur insoweit erstattungsfähig, als sie im Gebührenverzeichnis der in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Gebührenordnung aufgeführt sind.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.</p> <p>Die gesondert berechnungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zur Höhe der in der Sachkostenliste I angegebenen Beträge.</p> <p>Serviceleistungen Zahnleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Dieser Tarif kann nur zur Ergänzung von Versicherungen in einem Tarif für ambulante Heilbehandlungen (ohne zahnärztliche Behandlung) und einem Tarif für stationäre Heilbehandlungen abgeschlossen und weitergeführt werden. Die Erstattungsfähigkeit dieser Versicherungen darf nicht auf Kosten beschränkt sein, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden. Mit dem Wegfall einer Versicherung in den vorstehend bezeichneten Tarifen endet auch die Versicherung in diesem Tarif.</p>
<p>C Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines der unter a) bis c) genannten Ereignisse folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>D Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostentarif oder der beihilfefkonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person.</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag.</p>

<p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>E Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 09/2011

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nachdem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif	VITAL-Z-N												
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1) Zahnbehandlung</p> <p>2) Zahnersatz</p> <p>3) Kieferorthopädie</p> <p>4) Serviceleistungen</p> <p>5) Beitragsfreiheit während des Bezuges von Elterngeld</p>	<p>100 %</p> <p>für Zahnbehandlungen einschließlich Inlays.</p> <p>100 %</p> <p>für Zahnprophylaxemaßnahmen.</p> <p>75 %</p> <p>für Zahnersatzmaßnahmen.</p> <p>85 %</p> <p>für Zahnersatzmaßnahmen, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und VITAL-Z-N während dieser Zeit mit voller Beitragszahlung bestanden hat. Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen – Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt – implantologische Leistungen. <p>100 %</p> <p>für kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde; ansonsten 75 %.</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p> <p>Während der ersten 6 Monate während des Bezuges von Elterngeld besteht beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit gilt nur für die versicherte Person, die Elterngeld bezieht. Der Bezug von Elterngeld ist innerhalb von 3 Monaten nachzuweisen.</p> <p>Die Beitragsfreiheit ist ausgeschlossen, wenn bei Beantragung des Tarifes Vital-Z-N die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>												
<p>B Selbstbehalt</p>	<p>– entfällt –</p>												
<p>C Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Die oben genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag. In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen gemäß Abschnitten A 1 bis A 3 wie folgt begrenzt (Zahnstaffel):</p> <table border="0"> <tr> <td>Versicherungsjahre</td> <td>Maximale Leistung insgesamt</td> </tr> <tr> <td>1. Jahr</td> <td>1.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. – 2. Jahr</td> <td>2.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. – 3. Jahr</td> <td>3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. – 4. Jahr</td> <td>4.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1. – 5. Jahr</td> <td>5.000,- Euro</td> </tr> </table> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Vor Beginn einer Maßnahme für Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte.</p>	Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt	1. Jahr	1.000,- Euro	1. – 2. Jahr	2.000,- Euro	1. – 3. Jahr	3.000,- Euro	1. – 4. Jahr	4.000,- Euro	1. – 5. Jahr	5.000,- Euro
Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt												
1. Jahr	1.000,- Euro												
1. – 2. Jahr	2.000,- Euro												
1. – 3. Jahr	3.000,- Euro												
1. – 4. Jahr	4.000,- Euro												
1. – 5. Jahr	5.000,- Euro												
<p>D Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. 												

<p>3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind).</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit.</p> <p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfefunkonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p> <p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet.</p> <p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung (nach h)) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>E Versicherungs- und Aufnahme-fähigkeit</p>	<p>Der Tarif VITAL-Z-N kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung ohne Zahnschutz bei AXA Krankenversicherung abgeschlossen werden. Mit Ende der Krankheitskostenvollversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif VITAL-Z-N.</p>

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

Gültig ab 07/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

Tarif/Klasse	Z 100 S-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>Zahnstaffel</p>	<p>Erstattet werden die Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierungen, Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit, sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. <p>Die Leistung beträgt pro versicherter Person und Versicherungsjahr für</p> <ul style="list-style-type: none"> die ersten 511,29 Euro des Rechnungsbetrages 100 % und den darüber hinausgehenden Rechnungsbetrag 80 %. <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahn technische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Falls der Zahnversicherungsschutz für die versicherte Person zum 1.6.1995 oder später begonnen hat, gilt: Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro – in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro – in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro – in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro – in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr Sie zugeordnet werden.</p> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Kostenvoranschlag</p>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
<p>C Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind). Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Walleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

D Versicherungsfähigkeit

Der Tarif Z 100 S-N kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung mit Versicherungsschutz für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung (Hauptversicherung) abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif Z 100 S-N.

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

Gültig ab 07/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

Tarif/Stufe	Z100-N
A. Leistungen des Versicherers 1. Allgemein	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierungen. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung/Therapieeinrichtung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit, sowie bei Unfall/Notfall erstattet.</p> <p>Die Leistung ist pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt auf einen Höchstsatz von 511,29 Euro.</p> <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
B. Kostenvorschlag	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
C. Umwandlungsoption 1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen 2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung 3. Frist zur Wahrnehmung der Option	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollversicherung oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind). Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
D. Versicherungsfähigkeit	<p>Der Tarif Z100-N kann nur als Ergänzung zu einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden der Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung mit Versicherungsschutz für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung (Hauptversicherung) abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif Z100-N.</p>

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

Gültig ab 05/2011

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung

Tarif/Stufe	ZS60-N
<p>A. 1. Leistungen des Versicherers</p> <p>2. Begrenzung der Leistung</p>	<p>60 %</p> <p>des den Selbstbehalt (C.) übersteigenden Rechnungsbetrages für ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierungen. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet.</p> <p>Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro – in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro – in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro – in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro – in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden. Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p> <p>Die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B. Kostenvoranschlag</p>	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
<p>C. Selbstbehalt</p>	<p>511,29 Euro pro versicherte Person und Versicherungsjahr.</p>
<p>D. Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2. Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Würde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Einmalig bei Eheschließung der Versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. d) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind). e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; Krankheitskostenvollversicherung. f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungsstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung
<p>D. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Zusatztarif ZS60-N kann nur als Ergänzung einer Versicherung nach dem Tarif Z100-N des Versicherers abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Versicherung nach Tarif Z100-N endet auch der Zusatztarif ZS60-N.</p>

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

Gültig ab 05/2011

für zahnärztliche Heilbehandlung mit Leistungssteigerungen bei durchgeführter Prophylaxe Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif/Klasse	Z PRO-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Erstattung für</p> <ul style="list-style-type: none"> – zahnärztliche Behandlung (Honorar) – Zahnersatz und Kieferregulierungen (Honorar) <p>2. Erstattung von Material- und Laborkosten</p> <p>3. Zahnärztliche Individualprophylaxe</p> <p>4. Serviceleistungen</p>	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Kosten für ambulante zahnärztliche Behandlungen einschließlich verordneter Medikamente und Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten zahnärztlichen Behandlung bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.</p> <p style="text-align: center;">60 %</p> <p>der Kosten im ersten Versicherungsjahr für medizinisch notwendige ambulante Zahnersatzmaßnahmen sowie für kieferorthopädische Behandlungen. Der Erstattungssatz steigt für das jeweils nächste Versicherungsjahr um 5 Prozentpunkte auf 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95 bis maximal 100 %, wenn für die entsprechenden Jahre je eine abgeschlossene Prophylaxe-Durchführung (s. A. 3.) nachgewiesen wird.</p> <p>Wird für ein oder mehrere Jahr(e) keine Prophylaxe nachgewiesen, vermindert sich der Erstattungssatz pro Jahr ab dem jeweils nächsten Jahr um je 5 Prozentpunkte bis auf den Basis-Erstattungssatz von 60 %.</p> <p>Die Erstattung ist während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Implantate oder Teleskop-Kronen begrenzt (s. a. Abschnitt B.).</p> <p>Für die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Zahnersatz-Maßnahmen gelten die jeweiligen Erstattungssätze für die zahnärztlichen Honorare (s. A. 1.) und die Inhalte und Höchstsätze der Sachkostenliste I.</p> <p>Folgende Kosten für zahnärztliche Individualprophylaxe, deren Inhalte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die AXA Krankenversicherung empfehlen, werden zu 100 % erstattet:</p> <p>Erwachsene (ab 20 Jahre):</p> <p>im ersten Jahr der Durchführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000) 1 x Test auf Streptococcus mutans, Lactobazillus und Speichelpufferkapazität mit den geeigneten Diagnostica (GOÄ 3712, 3714, 3715, 4531, 4538) 2 x Fluoridierung (GOZ 1020) 1 x Mundschleimhautbehandlung (GOZ 4020) 2 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010) 1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigen einschließlich Polieren (GOZ 4050/4055/4060) <p>je Folgejahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010) 1 x Zahnsteinentfernung mit Kontrolle und Nachreinigen einschließlich Polieren (GOZ 4050/4055/4060) <p>Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre):</p> <p>Alter bis 6 Jahre, je Versicherungsjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000) <p>Alter 7 bis 19 Jahre, je Versicherungsjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 x Grunduntersuchung und Instruktion (GOZ 1000) 2 x Fluoridierung (GOZ 1020) 1 x Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010) <p>Fissurenversiegelung, auch Glattflächenversiegelung, einmalig pro Zahn nach Durchbruch der ersten bleibenden Seitenzähne (Molaren und Prämolaren) (GOZ 2000)</p> <p>zusätzlich einmalig im 14. Lebensjahr:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 x Test auf Streptococcus mutans, Lactobazillus und Speichelpufferkapazität mit den geeigneten Diagnostica (GOÄ 3712, 3714, 3715, 4531, 4538) <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Leistungsbegrenzungen und Definitionen</p>	<p>In den ersten Versicherungsjahren werden – auch dann, wenn bereits Zahnversicherungsschutz bestand – für Behandlungen nach A. 1. bis A. 3. Rechnungsbeträge bis zu folgenden Obergrenzen anerkannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro – in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro – in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro – in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro – in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>Die Behandlungsdaten entscheiden über die Zuordnung zu dem betreffenden Versicherungsjahr. Bei unfallbedingten Behandlungen entfällt die Begrenzung.</p> <p>Als Zahnersatz im Sinne des Versicherungsschutzes gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prothetische Leistungen, z. B. Brücken, Prothesen, – Kronen und Teilkronen, auch wenn es sich um die Versorgung eines Einzelzahnes handelt, – implantologische Leistungen, – funktionsanalytische Leistungen im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, – funktionstherapeutische Leistungen.

	<p>Im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen ist die Erstattung während der Vertragslaufzeit auf insgesamt 4 Implantate oder Teleskop-Kronen begrenzt.</p> <p>Kosten für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten geplant und begonnen wurde oder ein Unfall Anlass für die Behandlung ist.</p>
<p>C Kostenvoranschlag für Zahnersatz, Inlays oder kieferorthopädische Heilbehandlungen</p>	<p>Rechtzeitig vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz, Inlays oder Kieferregulierung ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen einschließlich detaillierter Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, den vertraglichen Leistungsumfang kurzfristig verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die Leistungsquote um 50 % gegenüber der normalen tariflichen Leistung (s. A. 1. und A. 2.).</p>
<p>D Prophylaxe-Nachweise</p>	<p>Damit Erhöhungen des Erstattungssatzes ab dem 01.01. des Folgejahres wirksam werden können, sind dem Versicherer Nachweise oder Rechnungen über Individual-Prophylaxe bis zum 31.12. des Jahres der Durchführung einzureichen.</p>
<p>E Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person. Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit. Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet. Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption nach h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>F Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Der Tarif Z PRO-N kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif Z PRO-N.</p>

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

Gültig ab 01/2012

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Vision 1**für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung**

Teil III Krankheitskostentarif

Tarif/Klasse	Vision 1-1500, Vision 1-3000, Vision 1-4500
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Erstattung bei ambulanter Behandlung</p> <p>2. Erstattung bei Krankenhaus-Behandlung (stationäre Behandlung)</p>	<p>Sie haben einen Versicherungsschutz mit umfassendem medizinischen Service gewählt. Auf Ihren Wunsch unterstützen wir Sie beispielsweise durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - allgemeine Gesundheitsberatung - Beratung über Programme zur Vorsorge, zur Begleitung von akut schweren und chronischen Erkrankungen - medizinische und zahnmedizinische Informationen - Informationen zu <ul style="list-style-type: none"> Arznei- und Heilmitteln Behandlungsmethoden Krankenhausaufenthalten Behandlern allgemeinen Fragen der Pflege - Versorgung mit Hilfsmitteln, insbesondere vor dem Hintergrund einer für Sie optimierten Organisation und Rechnungsstellung - Vermittlung von Arzt-zu-Arzt-Gesprächen - Ärztliche und zahnärztliche Zweitmeinungen - Terminvereinbarung mit Behandlern - Organisation des Rücktransportes aus dem Ausland <p>Die Serviceleistungen sind zentrale Bestandteile Ihres Versicherungsschutzes. Sie können die Serviceleistungen in Anspruch nehmen wenn Sie krank sind und auch wenn Sie gesund sind.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>Für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei- und Verbandmittel.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker – außer Psychotherapie – einschließlich verordneter Arzneimittel bis zu einer Gesamtleistung von 3.000,- Euro pro Versicherungsjahr.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100 % für die 1. bis zur 30. Sitzung 80 % für die 31. bis zur 60. Sitzung 70 % ab der 61. Sitzung erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sowie Motorbewegungsschienen, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Beschafft sich der Versicherte eine Motorbewegungsschiene ohne Beauftragung des Versicherers, erfolgt hierfür keine Erstattung. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; - Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; - Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden müssten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 500,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 500,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Heilmittel. In Abweichung zu Nr. 11 Abs. 2 Satz 2 TB 2009 richtet sich die Erstattung von Heilmittelkosten nach den in der „Heilmittelliste für die Tarife Vision 1-1500, Vision 1-3000, Vision 1-4500“ (VG533) genannten Leistungsinhalten und Höchstsätzen.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Außerdem leistet der Versicherer für die Fahrt zu und von einer ambulanten Behandlung, wenn die Behandlung für den Versicherten eine Beeinträchtigung zur Teilnahme am Straßenverkehr nach sich zieht. Dies muss ärztlich bescheinigt sein. Je Wegstrecke sind bis zu 30,- Euro erstattungsfähig, wenn die Kosten nachgewiesen werden.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung inklusive der Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowie der Inanspruchnahme des Privatarztes.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung</p>

<p>3. Erstattung bei zahnärztlicher Behandlung</p>	<p>für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Wenn Sie auf die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer verzichten und auch den Privatarzt nicht in Anspruch nehmen, zahlen wir als Ausgleich ein Krankenhaustagegeld von 25,00 Euro pro Tag.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden übernommen:</p> <p>a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100 %. Als Zahnbehandlung gelten prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Paradontiums, soweit sie nicht unter b) und c) aufgeführt sind. Hierzu gehören auch vom Zahnarzt verordnete Arzneien zur Behandlung von Schmerzzuständen und Erkrankungen im Mund- und Kieferbereich.</p> <p>b) Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen zu 75 %.</p> <p style="text-align: center;">85 %</p> <p>für Zahnersatz, wenn in den drei Versicherungsjahren, die dem Beginn der Zahnersatzmaßnahme vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und dieser Tarif während dieser Zeit mit voller Beitragszahlung bestanden hat.</p> <p>Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Brücken, Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.</p> <p>Vor Beginn einer Maßnahme für Zahnersatz ab einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen und eine Kostenaufstellung des zahn-technischen Labors vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Wird ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt, so ermäßigt sich die tarifliche Leistung um die Hälfte.</p> <p style="text-align: center;">85 %</p> <p>für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, wenn in den drei Versicherungsjahren, die der Funktionsanalyse bzw. Funktionstherapie vorausgingen, jährlich Zahnprophylaxe durchgeführt wurde und dieser Tarif während dieser Zeit mit voller Beitragszahlung bestanden hat.</p> <p>c) Kieferorthopädische Maßnahmen zu 90 %.</p> <p>Für die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher oder kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Zahnersatz-Maßnahmen gelten die jeweiligen Erstattungssätze für die zahnärztlichen Honorare und die Inhalte und Höchstsätze der Sachkostenliste I.</p>												
<p>B Selbstbehalt pro Versicherungsjahr</p>	<p>Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird jährlich ein absoluter Selbstbehalt in folgender Höhe abgezogen:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Tarifstufe Vision 1-1500</td> <td>1.500,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Tarifstufe Vision 1-3000</td> <td>3.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>Tarifstufe Vision 1-4500</td> <td>4.500,- Euro</td> </tr> </table> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte der oben genannten Selbstbehalte.</p>	Tarifstufe Vision 1-1500	1.500,- Euro	Tarifstufe Vision 1-3000	3.000,- Euro	Tarifstufe Vision 1-4500	4.500,- Euro						
Tarifstufe Vision 1-1500	1.500,- Euro												
Tarifstufe Vision 1-3000	3.000,- Euro												
Tarifstufe Vision 1-4500	4.500,- Euro												
<p>C Leistungsbegrenzungen</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung. - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB 2009 keine Anwendung.</p> <p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen unter A.3 für zahnärztliche Leistungen wie folgt begrenzt (Zahnstaffel):</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Versicherungsjahre</td> <td>Maximale Leistung insgesamt</td> </tr> <tr> <td>1. Jahr</td> <td>2.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-2. Jahr</td> <td>4.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-3. Jahr</td> <td>6.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-4. Jahr</td> <td>8.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>1.-5. Jahr</td> <td>10.000,- Euro</td> </tr> </table> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Zahnstaffel.</p> <p>Hinsichtlich der Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung gilt Nr. 10 a TB 2009 (Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung).</p>	Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt	1. Jahr	2.000,- Euro	1.-2. Jahr	4.000,- Euro	1.-3. Jahr	6.000,- Euro	1.-4. Jahr	8.000,- Euro	1.-5. Jahr	10.000,- Euro
Versicherungsjahre	Maximale Leistung insgesamt												
1. Jahr	2.000,- Euro												
1.-2. Jahr	4.000,- Euro												
1.-3. Jahr	6.000,- Euro												
1.-4. Jahr	8.000,- Euro												
1.-5. Jahr	10.000,- Euro												
<p>D Umwandlungsoption 1. Umfang und Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf höherwertigen Versicherungsschutz</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person.</p> <p>b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand.</p> <p>c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag.</p> <p>d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind).</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit.</p> <p>f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifes für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfenergänzungstarifes und/oder den Neuabschluss bzw. Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen.</p>												

	<p>g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland, sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet.</p> <p>h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.</p> <p>Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. Dem Antrag ist ein Nachweis über den Eintritt des Ereignisses beizufügen.</p>
<p>E Bonifikation</p>	<p>Verhaltensbonus</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden den Versicherten zu Beginn jeden Versicherungsjahres mitgeteilt.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

für ambulante und stationäre Heilbehandlung für Zahnärzte

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung für Zahnärzte

Tarif	150-N
A Leistungen des Versicherers	
1. Ambulante Heilbehandlung	<p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung, einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel.</p> <p>Für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="padding-left: 40px;">100 % für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und</p> <p style="padding-left: 40px;">80 % ab der 31. Therapiesitzung</p> <p>erstattet.</p> <p>Für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Bbeauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel – außer Sehhilfen – gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,- Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600,- Euro gezahlt, b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,- Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,- Euro gezahlt. <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p>Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung werden zu</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>übernommen:</p> <p>Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung, inklusive der Unterbringung in einem Einbettzimmer sowie der Inanspruchnahme eines Privatarztes.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
2. Stationäre Heilbehandlung	
B Zusatzleistungen für Begleitpersonen	<p>Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.</p> <p>Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.</p>
C Leistungsausschlüsse	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, – ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
D Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig in diesem Tarif sind Zahnärzte und Familienangehörige eines Zahnarztes. Familienangehörige sind Ehegatte und Kinder, solange sie mit dem Zahnarzt in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihm wirtschaftlich abhängig sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden.</p>

	<p>Erlangt der Versicherer von dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit erst später Kenntnis, sind rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, eventuelle Beitrags- und Leistungsunterschiede zwischen dem neuen Tarif und dem bisherigen Tarif gegenseitig auszugleichen.</p> <p>Eine Versicherung in diesem Tarif wird zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, auf andere Krankheitskostentarife umgestellt, wobei der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz im Rahmen der tariflichen Gegebenheiten bestimmen kann.</p>
<p>E Nachweise</p>	<p>Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> die Schul- oder Berufsausbildung endet, die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf höherwertigen Versicherungsschutz</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Erlangung des Facharztstitels. Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. Niederlassung. Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person – allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>H Bonifikation</p> <p>1. Beitragsrückerstattung</p> <p>2. Verhaltensbonus</p> <p>3. Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>I Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

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

für ambulante und stationäre Heilbehandlung für Zahnärzte

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung für Zahnärzte

Tarif	153-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Ambulante Heilbehandlung</p> <p>2. Stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Die Leistungen des Versicherers für eine versicherte Person vermindern sich pro Versicherungsjahr insgesamt um einen Selbstbehalt von</p> <p style="text-align: center;">1.300,- Euro.</p> <p>Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen gemäß der Tarifbedingungen (Teil II der AVB) unterliegen nicht dem Selbstbehalt.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte des oben genannten Selbstbehaltes.</p> <p>Der Versicherer erstattet</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung, einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmittel.</p> <p>Für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker.</p> <p>Für ambulante Psychotherapie werden erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu</p> <p style="text-align: center;">100 % für die erste bis zur 30. Therapiesitzung und 80 % ab der 31. Therapiesitzung</p> <p>erstattet.</p> <p>Für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel – außer Sehhilfen – gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) erstattet der Versicherer innerhalb von 2 Kalenderjahren oder bei Änderungen der Sehschärfe wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Für Einstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,- Euro und bei stärker Fehlsichtigkeit bis 600,- Euro gezahlt, b) Für Mehrstärkengläser werden bei einer Fehlsichtigkeit bis 6 Dioptrien die Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 700,- Euro und bei stärkerer Fehlsichtigkeit bis 1.000,- Euro gezahlt. <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterrreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p>Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung werden zu</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>übernommen:</p> <p>Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung, inklusive der Unterbringung in einem Einbettzimmer sowie der Inanspruchnahme eines Privatarztes.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
<p>B Zusatzleistungen für Begleitpersonen</p>	<p>Nach einer Entbindung sind bis zur Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus auch evtl. gesondert in Rechnung gestellte Pflegekosten für den gesunden Säugling erstattungsfähig, sofern dieser ab Geburt bei dem Versicherer versichert wird.</p> <p>Wird eine stillende Mutter durch den Arzt zusammen mit dem Säugling in ein Krankenhaus eingewiesen, sind die Aufwendungen für beide Personen erstattungsfähig, auch wenn nur eine Person erkrankt ist, sofern beide bei dem Versicherer versichert sind.</p>

<p>C Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
<p>D Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig in diesem Tarif sind Zahnärzte und Familienangehörige eines Zahnarztes. Familienangehörige sind Ehegatte und Kinder, solange sie mit dem Zahnarzt in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihm wirtschaftlich abhängig sind. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden.</p> <p>Erlangt der Versicherer von dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit erst später Kenntnis, sind rückwirkend zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, eventuelle Beitrags- und Leistungsunterschiede zwischen dem neuen Tarif und dem bisherigen Tarif gegenseitig auszugleichen.</p> <p>Eine Versicherung in diesem Tarif wird zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, auf andere Krankheitskostentarife umgestellt, wobei der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz im Rahmen der tariflichen Gegebenheiten bestimmen kann.</p>
<p>E Nachweise</p>	<p>Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf höherwertigen Versicherungsschutz</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfefreiformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels. b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. c) Niederlassung. d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person – allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>H Bonifikation</p> <p>1. Beitragsrückerstattung</p> <p>2. Verhaltensbonus</p> <p>3. Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>I Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.versichert sind.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

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

VA-N
für ambulante und stationäre Heilbehandlung
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif für Ärzte und Medizinstudenten und ihre Familienangehörigen

Tarif/Klasse	VA 100-2-N und VAIP-2
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	
<p>1) Ambulante Behandlung</p>	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Kosten für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – durch Ärzte einschließlich Arznei- und Heilmittel. Leistungen für Psychotherapie sind auf 20 Sitzungen je Versicherungsjahr beschränkt.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen. Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf</p> <p style="text-align: center;">75 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen. Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 307,- Euro. Ein erneuter Anspruch entsteht erst nach Ablauf von 24 Monaten. Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Antrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation. Teil II der AVB, TB 2009 Nr. 19 (2), ambulante Kurbehandlung, findet keine Anwendung. Für TB 2009 Nr. 10 gilt folgende Fassung: Als ärztliche Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungsfähig sind. Diese werden bis zu den in den obengenannten Gebührenordnungen festgelegten Höchstsätzen erstattet. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind. Die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht anerkannt.</p>
<p>2) Krankenhaus-Behandlung</p>	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der BpflV bzw. die Aufwendungen in der 3. Pflegeklasse; ferner medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen: – Allgemeiner und besonderer Pflegesatz (§ 5 BpflV), – Sonderentgelte (§ 6 BpflV), Kosten für Belegarzt, – Kosten für freiberufliche Hebamme, gesondert berechenbare Nebenleistungen. Serviceleistungen stationäre Behandlung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen. Teil II der AVB, TB 2009 Nr. 18, stationäre Kurbehandlung, findet keine Anwendung.</p>
<p>3) Zahnärztliche Behandlung</p>	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Kosten für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 1000, 1010, 1020 und 4000 der GOZ und</p> <p style="text-align: center;">75 %</p> <p>der Kosten für alle weiteren medizinisch notwendigen zahnärztlichen Leistungen. Vor Beginn von Maßnahmen nach den Abschnitten E bis K der GOZ soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit der Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben. Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen. Serviceleistungen Zahnleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>

<p>Zahnstaffel</p>	<p>Falls der Zahnversicherungsschutz für die versicherte Person zum 01.06.1995 oder später begonnen hat, gilt: Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro – in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro – in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro – in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro – in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>anerkannt. Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden. Bei unfallbedingter zahnärztlicher/ kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p>
<p>B Versicherungsfähigkeit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherungsfähig sind Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte) sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit – auch einer versicherten Person – ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. 2. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er jeweils mit Wirkung ab dem nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person entweder ohne Einhaltung einer Frist kündigt oder in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. 3. Unterbleibt die rechtzeitige Änderungsanzeige, und stellt der Versicherer selbst fest, dass die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist, gilt das zu 2. Gesagte entsprechend. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses aus Tarif VA 100/2-N in den Tarifen 140-N, 344-N, Z 100 S-N als vereinbart; der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf diese Folge in seiner Aufforderung hinweisen.
<p>C Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfefekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels. b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. c) Niederlassung. d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>D Bonifikationen</p> <p>1) Beitragsrückerstattung</p> <p>2) Verhaltensbonus</p> <p>3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>E Besondere Bedingungen für Medizinstudenten</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medizinstudenten und ihre nicht berufstätigen Ehegatten, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie ihre in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder, sofern diese das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können zu Besonderen Bedingungen versichert werden. Während der Versicherungszeit zu diesen Besonderen Bedingungen lautet die Tarifbezeichnung VAIP/2. 2. Die Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem <ul style="list-style-type: none"> – die Versicherungsfähigkeit endet (insbesondere mit Vollendung des 34. Lebensjahres), – die Ausbildung bzw. das Studium vorzeitig aufgegeben oder mehr als 12 Monate unterbrochen wird, – die für die Laufzeit dieser Besonderen Bedingungen vorgesehene Höchstdauer von 36 Monaten erreicht wird. Eine einmalige, nahtlose Verlängerung der Laufzeit um maximal 36 Monate ist für jede versicherte Person möglich, solange sie versicherungsfähig ist, insbesondere das Studium noch andauert und das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Alter zu zahlen. Die Verlängerung der Laufzeit muss innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der 36 Monate beantragt und das Bestehen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen des Versicherers nachgewiesen werden. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen.

F Beitragsrückerstattung

3. Vom 1. des auf den Fortfall folgenden Monats an wird die Versicherung zu den normalen Bedingungen fortgesetzt, sofern der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nicht innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes kündigt. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen.

Nr. 14 TB 2009 erhält für Versicherte nach Tarif VAIP-2 folgenden Wortlaut:

4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

- a) Versicherungsleistungen während der gesamten Versicherungsdauer nach Tarif VAIP-2 nicht in Anspruch genommen wurden,
- b) die versicherte Person nach Beendigung des Tarifs VAIP-2 mindestens bis zum 36. Monat nach dessen Versicherungsbeginn mit einer Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung oder einer Optionsversicherung bei der AXA Krankenversicherung versichert bleibt (ausgenommen, wenn die versicherte Person vor Ablauf der 36 Monate verstirbt).

Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt frühestens im 4. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn des Tarifes VAIP-2.

5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Rate für den Tarif VAIP-2 zu dessen Versicherungsbeginn maßgeblich.

Die Absätze (1) bis (3) Nr. 14 TB 2009 bleiben unverändert.

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

Gültig ab 01/2012

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Die Portabilität gilt nicht für den Tarif VAIP-2.

Teil III Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Tarif	VisionStart-N (VisStart-N)
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. ambulante Heilbehandlung</p> <p>2. stationäre Heilbehandlung</p> <p>3. zahnärztliche Heilbehandlung</p>	<p>Der Versicherer erstattet 100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie, Sehhilfen, Hörgeräte und Heilpraktikerleistungen – einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmitteln.</p> <p>Für Psychotherapeutische Aufwendungen erstattet der Versicherer je Behandlungsfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bis zur 30. Therapiesitzung 100 % – ab der 31. Therapiesitzung 80 %. <p>100 %</p> <p>für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen und Hörgeräte –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen und Hörgeräte – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75 %</p> <p>der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen ab einer Fehlsichtigkeit von 8,0 Dioptrien (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen): Ab dem 15. Lebensjahr begrenzt bis zu einem Rechnungsbetrag auf 300,- Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100,- Euro je Kalenderjahr.</p> <p>Für Hörgeräte werden innerhalb von 3 Kalenderjahren Rechnungen bis insgesamt 1.300,- Euro pro Ohr ersetzt.</p> <p>100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Leistungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p> <p>Folgende Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung werden zu 100 %</p> <p>übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, allerdings ohne Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer und ohne Inanspruchnahme des Privatarztes (allgemeine Krankenhausleistungen). b) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus. <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p>Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung, bzw. bei Material- und Laborkosten bis zur Höhe der in unserer Sachkostenliste II angegebenen Beträge übernommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100 %. b) Zahnersatz zu 50 %, wird er unfallbedingt erforderlich zu 80 %, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25 %. <p>Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen.</p> <p>Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate)</p> <ul style="list-style-type: none"> – zur Versorgung einer Einzelzahnlucke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind; – zur Versorgung einer Freizahnlucke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, – zur Fixierung einer Totalprothese. <p>Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnlucken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal vier Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen zu 50 %, werden diese unfallbedingt erforderlich zu 80 %, vorausgesetzt vor Behandlungsbeginn wird ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt. Andernfalls übernehmen wir die Kosten zu 25 %.

	<p>d) Kieferorthopädische Leistungen nur für Kinder und Jugendliche bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, zu 90 %.</p> <p>Zahnstaffel</p> <p>a) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel.</p> <p>b) Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen, sind ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz, – Implantate – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für – Kieferorthopädie <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,- Euro erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> – stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, – ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
<p>C Selbstbehalt</p>	<p>Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 400,- Euro abgezogen. Dies gilt je versicherte Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt die Hälfte.</p>
<p>D Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>E Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person; b) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. c) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag; d) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind); e) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbstständigkeit; f) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis. Die Option beinhaltet in diesem Fall den Wechsel in eine beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung und den Neuabschluss eines Tarifs für stationäre Wahlleistungen in einem Zweibettzimmer bei einem Krankenhausaufenthalt und/oder des jeweils zutreffenden Beihilfeergänzungstarifs und/oder den Neuabschluss bzw. die Erhöhung einer Krankenhaustagegeldversicherung bis maximal in der Höhe der stationären Beihilfekürzungen. g) Entsendung der versicherten Person ins Ausland sofern der Auslandsaufenthalt an die berufliche Tätigkeit gebunden ist oder im Rahmen eines universitären Studienaufenthalts stattfindet; h) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption h) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach h) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.

F Bonifikation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beitragsrückerstattung Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten. 2. Verhaltensbonus Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt. 3. Auszahlung Die Bonifikationen werden ausgezahlt.
G Beitragsanpassung	<p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

VisionMed-N

für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif für Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte)

Tarif	VisionMed-N (VisMed-N)
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1. ambulante Heilbehandlung</p>	<p>Der Versicherer erstattet 100 % des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie, Sehhilfen, Hörgeräte und Heilpraktikerleistungen – einschließlich Arznei-, Verband- und Heilmitteln;</p> <p>Für Psychotherapie, höchstens jedoch bis zur 30. Therapiesitzung pro Kalenderjahr;</p> <p>Für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen, Hörgeräte, Krankenfahrstühle sowie Arm-, Hand-, Bein-, Fußprothesen, Epithesen und künstliche Augen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.</p> <p>Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen und Hörgeräte – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf 75 % des versicherten Prozentsatzes der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.</p> <p>Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen; – Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009; – Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, wenn der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt. <p>Für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) besteht ab dem 15. Lebensjahr eine Begrenzung bis zu einem Rechnungsbetrag von 300,- Euro innerhalb von drei Kalenderjahren. Bis zum 15. Lebensjahr besteht eine Begrenzung auf 100,- Euro je Kalenderjahr.</p> <p>Für Hörgeräte werden innerhalb von drei Jahren bis insgesamt 1.300,- Euro pro Ohr erstattet.</p> <p>Bei Krankenfahrstühlen beträgt der erstattungsfähige Betrag 2.000,- Euro innerhalb von 24 Monaten.</p> <p>Für Arm-, Hand-, Bein- und Fußprothesen und Epithesen sowie für künstliche Augen werden innerhalb von 24 Monaten bis zu 7.000,- Euro erstattet.</p> <p style="text-align: center;">100 %</p> <p>der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.</p> <p>Leistungen von Heilpraktikern sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistungen:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir aufgrund Ihres Auftrags zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zur Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.</p>
<p>2. stationäre Heilbehandlung</p>	<p>Folgende Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung werden zu 100 % übernommen:</p> <p>Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung inklusive der Unterbringung in einem Zweibettzimmer sowie der Inanspruchnahme des Privatarztes, soweit dieser innerhalb der Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung abrechnet.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2008 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage der Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus.</p> <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
<p>3. zahnärztliche Heilbehandlung</p>	<p>Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung, bzw. bei Material- und Laborkosten bis zur Höhe der in der Sachkostenliste II angegebenen Beträge übernommen:</p> <p>a) Zahnbehandlung einschließlich prophylaktischer Maßnahmen zu 100 %.</p> <p>b) Zahnersatz zu 75 %, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird, ansonsten zu 37,5 %.</p> <p>Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie implantologische Leistungen. Erstattungsfähig sind zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zur Versorgung einer Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind, – zur Versorgung einer Freizahnstrecke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, – zur Fixierung einer Totalprothese. <p>Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnlücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal vier Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig.</p>

	<p>c) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen zu 75 %, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird, ansonsten zu 37,5 %.</p> <p>d) Kieferorthopädische Leistungen nur für Kinder und Jugendliche bis zum Alter 20 zu 90 %.</p> <p>Zahnstaffel</p> <p>a) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen gibt es keine Begrenzung durch die Zahnstaffel.</p> <p>b) Ab Beginn der Versicherung in diesem Tarif sind für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz, - Implantate, - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für - Kieferorthopädie <p>in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,- Euro und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000,- Euro erstattungsfähig.</p> <p>Serviceleistung:</p> <p>Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Leistungsausschlüsse</p>	<p>Leistungsausschlüsse finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Darüber hinaus sind folgende Leistungen in diesem Tarif nicht enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung, - ambulante Kurbehandlung. <p>Insoweit finden Nr. 18 und 19 Abs. 2 TB keine Anwendung.</p>
<p>C Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte) sowie der Ehepartner und die Kinder, solange sie mit dem Arzt in häuslicher Gemeinschaft leben oder der Arzt ihnen gegenüber unterhaltspflichtig ist. Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>Entfällt die Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif, stellt der Versicherer zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt, die Versicherung in gleichartige Tarife um.</p>
<p>D Selbstbehalt</p>	<p>Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 400,- Euro abgezogen.</p> <p>Dies gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.</p> <p>Für Kinder und Jugendliche beträgt der Selbstbehalt die Hälfte.</p>
<p>E Leistungen bei Kindernachversicherung</p>	<p>Wird für ein eigenes Kind die Nachversicherung beantragt, wird als Versicherungsleistung für jeden der ersten 12 Monate ab Geburt des Kindes der für das Kind jeweils zu entrichtende Beitrag gutgeschrieben, solange Sie die Versicherung in diesem Tarif für sich und das Kind in dem genannten Zeitraum aufrechterhalten. Entsprechendes gilt für den 13. bis 24. Monat nach Geburt des Kindes, solange auch der andere Elternteil gemeinsam mit der versicherten Person und dem Kind ab dessen Geburt in den genannten Zeiträumen in diesem Tarif versichert ist.</p> <p>Der zu entrichtende Beitrag wird nicht gutgeschrieben, wenn bei Beantragung des Tarifes VisionMed-N die Schwangerschaft nachweislich bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.</p>
<p>F Besondere Bedingungen für Personen in Berufsausbildung</p>	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ol style="list-style-type: none"> a) die Schul- oder Berufsausbildung endet, b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird, c) das 34. Lebensjahr vollendet wird. <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises nachzuweisen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes „A“ gekennzeichnet.</p>
<p>G Umwandlungsoption</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Umwandlungsoption</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2. genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostentarif oder der beihilfefunktionären Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels, b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt, c) Niederlassung, d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind), g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p>

3. Frist zur Wahrnehmung der Optionen	<p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
H Bonifikation 1. Beitragsrückerstattung 2. Verhaltensbonus 3. Auszahlung	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität und/oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer weitere Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Gesundheits- und Verhaltensboni werden vom Versicherer zu Beginn jedes Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
I Beitragsanpassung	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Teil III Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung für Ärzte und Zahnärzte und deren Familienangehörige nach Vorleistung einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden Grundversicherung

Tarif/Klasse	KGH 2-N und KGH 2 IP
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p>Volle Erstattung der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung einer bei AXA Krankenversicherung bestehenden – der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden – Versicherung für Allgemeine Regelleistungen im Krankenhaus (Grundversicherung).</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines</p> <p style="text-align: center;">Zweibettzimmers und privatärztlicher Behandlung</p> <p>als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder der</p> <p style="text-align: center;">2. Pflegeklasse,</p> <p>soweit diese die Leistungen der Grundversicherung übersteigen.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Serviceleistungen stationäre Behandlung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p>
<p>B Ersatzleistung und Selbstbehalt</p>	<p>1) Wird Unterbringung im Einbettzimmer berechnet, ist ein Selbstbehalt in Höhe von 50,- Euro je Tag zu tragen. Erfolgt die Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld von 30,- Euro gezahlt.</p> <p>2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 500,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>
<p>C Zusatzleistung für eine Begleitperson bei Kindern</p>	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Bezugsperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BpflV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>
<p>D Zusatzleistung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient</p>	<p>Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.</p>
<p>E Besondere Bestimmungen</p>	<p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der BpflV, sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung nach § 2 BpflV eines Krankenhauses. <p>Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p>
<p>F Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie enthalten, wenn die Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitsvollkostentarif oder der beihilfefunktionären Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für den Tarif EL-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL Bonus-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels. b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. c) Niederlassung. d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind).

3) Frist zur Wahrnehmung der Option	<p>g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand.</p> <p>Die Umwandlungsoption nach g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
G Versicherungsfähigkeit	<p>1. Versicherungsfähig sind Angehörige der Heilberufe Arzt und Zahnarzt sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit – auch einer versicherten Person – ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.</p> <p>2. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er jeweils mit Wirkung ab dem nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person entweder ohne Einhaltung einer Frist kündigt oder in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.</p> <p>3. Unterbleibt die rechtzeitige Änderungsanzeige, und stellt der Versicherer selbst fest, dass die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist, gilt das zu 2. Gesagte entsprechend. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses aus Tarif KGH 2-N in KG 2 als vereinbart; der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf diese Folge in seiner Aufforderung hinweisen.</p> <p>4. Der Tarif KGH 2-N kann nur zusammen mit dem Tarif VA 100/2-N der AXA Krankenversicherung abgeschlossen werden. Endet der Tarif VA 100/2N, so endet auch die Versicherungsfähigkeit nach Tarif KGH 2-N. Der Versicherte kann dann innerhalb von zwei Monaten nach der Mitteilung über die Beendigung des Tarifes KGH 2-N unter Anrechnung der erworbenen Rechte in den Tarif KG 2 wechseln. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.</p>
H Besondere Bedingungen für Medizinstudenten	<p>1. Medizinstudenten und ihre nicht berufstätigen Ehegatten, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie ihre in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder, sofern diese das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können zu Besonderen Bedingungen versichert werden.</p> <p>Während der Versicherungszeit zu diesen Besonderen Bedingungen lautet die Tarifbezeichnung KGH 2 IP</p> <p>2. Die Besonderen Bedingungen entfallen mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Versicherungsfähigkeit endet (insbesondere mit Vollendung des 34. Lebensjahres), – die Ausbildung bzw. das Studium vorzeitig aufgegeben oder mehr als 12 Monate unterbrochen wird, – die für die Laufzeit dieser Besonderen Bedingungen vorgesehene Höchstdauer von 36 Monaten erreicht wird. <p>Eine einmalige nahtlose Verlängerung der Laufzeit um maximal 36 Monate ist für jede versicherte Person möglich, solange sie versicherungsfähig ist, insbesondere das Studium noch andauert und das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Alter zu zahlen. Die Verlängerung der Laufzeit muss innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der 36 Monate beantragt und das Bestehen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen des Versicherers nachgewiesen werden.</p> <p>3. Vom 1. des auf den Fortfall folgenden Monats an wird die Versicherung zu den normalen Bedingungen fortgesetzt, sofern der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nicht innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes kündigt. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen.</p>
I Beitragsrückerstattung	<p>Nr. 14, TB 2009 wird für Versicherte nach Tarif KGH 2 IP um folgenden Wortlaut ergänzt:</p> <p>4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass</p> <p>a) Versicherungsleistungen während der gesamten Versicherungsdauer nach Tarif KGH 2 IP nicht in Anspruch genommen wurden,</p> <p>b) die versicherte Person nach Beendigung des Tarifs KGH 2 IP mindestens bis zum 36. Monat nach dessen Versicherungsbeginn mit einer Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung oder einer Optionsversicherung bei der AXA Krankenversicherung versichert bleibt (ausgenommen, wenn die versicherte Person vor Ablauf der 36 Monate verstirbt).</p> <p>Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt frühestens im 4. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn des Tarifes KGH 2 IP</p> <p>5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Rate für den Tarif KGH 2 IP zu dessen Versicherungsbeginn maßgeblich.</p> <p>Die Absätze (1) bis (3) der Tarifbedingung Nr. 14 bleiben unverändert.</p>

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in Tarif KGH 2-N durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten. Die Portabilität gilt nicht für den Tarif KGH 2 IP

PRAXmed-N**für ambulante und stationäre Heilbehandlung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil III Krankheitskostentarif für Ärzte

Tarif	PRAXmed-N
A Selbstbehalt pro Versicherungsjahr	960,- Euro
	Für Kinder und Jugendliche gilt bis zum 31. Dezember des Jahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollenden, die Hälfte des oben genannten Selbstbehaltes. Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen und Schutzimpfungen unterliegen nicht dem Selbstbehalt.
B Leistungen des Versicherers	Der Versicherer erstattet
1. Erstattung bei ambulanter Behandlung	100 %
	für ambulante Heilbehandlung – außer Psychotherapie – einschließlich Arznei- und Verbandmittel.
	100 %
	für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlichen Programmen ohne Einhaltung von Altersgrenzen.
	Für ambulante Psychotherapie erstattungsfähige Aufwendungen je Versicherungsfall zu
	100 %
	für die 1. bis zur 30. Sitzung,
	80 %
	für die 31. bis zur 60. Sitzung,
	70 %
	ab der 61. Sitzung.
	100 %
	für Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen –, sofern der Versicherte den Versicherer mit deren Beschaffung beauftragt. Dabei kann ein Hilfsmittel unter Beachtung des individuellen, medizinisch notwendigen Bedarfs und der Wirtschaftlichkeit entweder über den Versicherer bezogen oder auch leihweise von ihm zur Verfügung gestellt werden. Kann ein Hilfsmittel weder vom Versicherer beschafft noch über ihn bezogen werden, erstattet der Versicherer die adäquaten Aufwendungen.
	Beauftragt der Versicherte den Versicherer nicht mit der Beschaffung und beschafft sich ein Hilfsmittel gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009 – außer Sehhilfen – anderweitig, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf
	75 %
	der erstattungsfähigen Aufwendungen zu kürzen.
	Der Versicherer macht von seiner Kürzungsbefugnis auf 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen keinen Gebrauch bei
	– orthopädischen Schuhzurichtungen/Schuheinlagen sowie Bandagen;
	– Hilfsmitteln mit summenmäßiger Begrenzung gemäß Nr. 11 Abs. 3 TB 2009;
	– Hilfsmitteln, die im Rahmen einer unfallbedingten Behandlung aus medizinischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall bezogen werden mussten. Die Unmittelbarkeit wird vom Versicherer immer dann anerkannt, falls der Zeitraum zwischen dem Unfall und der Versorgung mit dem Hilfsmittel 2 Tage nicht übersteigt.
	100 %
	für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen). Die Gesamtleistung für zwei aufeinanderfolgende Versicherungsjahre ist auf insgesamt 250,- Euro begrenzt. Ein Anspruch bis zu 250,- Euro besteht auch im ersten Versicherungsjahr.
	100 %
	für Heilmittel.
	100 %
	der Transportkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung/Therapieeinrichtung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie bei Unfall/Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
	100 %
	für Schutzimpfungen gemäß Nr. 11 Abs. 4 TB 2009.
	Nicht erstattungsfähig sind Behandlung durch Heilpraktiker und ambulante Kuren.
	Serviceleistungen ambulante Behandlung Hilfsmittel, Medikamente und Vorsorgeuntersuchungen:
	Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung. Wir stehen Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit aufgrund Ihres Auftrages zur Verfügung. Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimalen wirksamen Medikation.
	100 %
2) Erstattung bei stationärer Behandlung	für Kosten einer stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind alle Kosten für: Krankenhauspflege, Verpflegung und Unterkunft, privatärztliche Heilbehandlung, Hebammen und medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers.
	In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.
	Serviceleistungen stationäre Behandlung:
	Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.

<p>3) Ersatzleistungen</p> <p>4) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern</p> <p>5) Zahnärztliche Behandlung</p>	<p>Pauschale bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung in Höhe von 500,- Euro</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache <p>Bei Verzicht auf versicherte stationäre Leistungen gilt Folgendes:</p> <p>Ersatzleistung pro Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung 40,- Euro - Unterbringung im Mehrbettzimmer 30,- Euro <p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Begleitperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BpflV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p> <p>Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung sowie Zahnersatz sind in diesem Tarif nicht versichert.</p>
<p>C Beitragsfreiheit für Kinder nach der Geburt</p>	<p>Sofern die Kindernachversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt angemeldet wird, und das Kind drei Versicherungsjahre in Tarif PRAXmed-N versichert bleibt, besteht während des Geburtsmonats und der darauffolgenden 5 Kalendermonate für Kinder in Tarif PRAXmed-N beitragsfreier Versicherungsschutz. Die Beitragsfreiheit wird vorschüssig gewährt und ist vom Versicherungsnehmer zurück zu zahlen, wenn der Tarif PRAXmed-N vor Ablauf der drei Versicherungsjahre endet – ausgenommen bei Beendigung durch Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Tod.</p>
<p>D Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherten mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen. Dies gilt nicht für Tarife, die auch Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Ausübung der Option vom Versicherungsschutz nicht umfasst wurden.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung dieser Option ist, dass in dem gewünschten Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Würde für den Tarif EL-N eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif EL-N waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels. b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. c) Niederlassung. d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1 x pro Kind). g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>E Bonifikationen</p> <p>1) Beitragsrückerstattung</p> <p>2) Verhaltensbonus</p> <p>3) Auszahlung</p>	<p>Für leistungsfreie Versicherungsjahre kann der Versicherte jährlich eine Beitragsrückerstattung erhalten.</p> <p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen des Versicherten, die die Qualität oder Wirtschaftlichkeit einer Heilbehandlung steigern, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen des Verhaltensbonus werden vom Versicherer zu Beginn jeden Versicherungsjahres festgelegt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>F Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p> <p>Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>
<p>G Versicherungsfähigkeit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Versicherungsfähig nach Tarif PRAXmed-N sind als Versicherungsnehmer ausschließlich Ärzte (Humanmediziner, nicht Zahnärzte). Mitversicherbar nach Tarif PRAXmed-N sind der Ehe- bzw. Lebenspartner des Versicherungsnehmers sowie deren Kinder, wenn und solange diese mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben. Für den nach Tarif PRAXmed-N mitversicherten Lebenspartner sowie dessen mitversicherte Kinder gilt die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 (1) g) MB/KK 2009 entsprechend; eine Behandlung durch den Versicherungsnehmer ist der Behandlung eines Ehegatten- bzw. eines Elternteils gleichgestellt. 2. Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit für diese Person die Versicherung nach Tarif PRAXmed-N.

- | | |
|--|--|
| | <p>3. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer nach Tarif PRAXmed-N versicherten Person ist dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person zum nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende ohne Einhaltung einer Frist kündigen will oder mit dem auf die Anzeige folgenden Monatsersten in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Für Mehrleistungen können dabei besondere Bedingungen vereinbart werden. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.</p> <p>4. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige bzw. stellt der Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit selbst fest, so gelten die Regelungen unter 2. zum Monatsende bzw. Monatsersten, der auf den Zeitpunkt der Kenntnisnahme durch den Versicherer folgt. Hierbei ist der Tarifwechsel insofern eingeschränkt, dass die Fortsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung nur in einem Tarif mit stationären Allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgen kann.</p> |
|--|--|

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

Gültig ab 01/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nachdem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

ZA-N für zahnärztliche Behandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung für Ärzte und Medizinstudenten und ihre Familienangehörigen

Tarif/Klasse	ZA 25-N, 25 IP
A Leistungen des Versicherers	<p style="text-align: center;">25 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz und Kieferregulierungen. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet. Kosten für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 1000, 1010, 1020 und 4000 der GOZ werden nicht erstattet. Die Leistung ist pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt auf einen Höchstsatz von</p> <p style="text-align: center;">127,82 Euro.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
B Kostenvoranschlag	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
C Umwandlungsoption 1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen 2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung 3) Frist zur Wahrnehmung der Option	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Erlangung des Facharztstitels. Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. Niederlassung. Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der Versicherten Person (1x pro Kind). Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
D Versicherungsfähigkeit nach Tarif ZA 25-N	<p>Der Tarif ZA 25-N kann nur als Ergänzung zu dem Tarif VA 100/2-N des Versicherers abgeschlossen werden. Mit Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif ZA 25-N.</p>
E Besondere Bedingungen für Medizinstudenten	<ol style="list-style-type: none"> Medizinstudenten und ihre nicht berufstätigen Ehegatten, sofern sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie ihre in häuslicher Gemeinschaft lebenden Kinder, sofern diese das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können zu Besonderen Bedingungen versichert werden. Während der Versicherungszeit zu diesen Besonderen Bedingungen lautet die Tarifbezeichnung ZA 25 IP Die Besonderen Bedingungen gelten nur, falls der Versicherte den Tarif ZA 25 IP des Versicherers abgeschlossen hat. Mit dem Fortfall des Tarifs ZA 25 IP endet auch die Versicherung nach Tarif ZA 25 IP. Die Besonderen Bedingungen entfallen mit dem Ablauf des Monats, in dem <ul style="list-style-type: none"> – die Versicherungsfähigkeit endet (insbesondere mit Vollendung des 34. Lebensjahres), – die Ausbildung bzw. das Studium vorzeitig aufgegeben oder mehr als 12 Monate unterbrochen wird, – die für die Laufzeit dieser Besonderen Bedingungen vorgesehene Höchstdauer von 36 Monaten erreicht wird. Eine einmalige nahtlose Verlängerung der Laufzeit um maximal 36 Monate ist für jede versicherte Person möglich, solange sie versicherungsfähig ist, insbesondere das Studium noch andauert und das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Alter zu zahlen. Die Verlängerung der Laufzeit muss innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der 36 Monate beantragt und das Bestehen der Versicherungsfähigkeit auf Verlangen des Versicherers nachgewiesen werden. <p>Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen.</p>

F Beitragsrückerstattung

3. Vom 1. des auf den Fortfall folgenden Monats an wird die Versicherung zu den normalen Bedingungen fortgesetzt, sofern der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nicht innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt eines Beendigungsgrundes kündigt. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem geltenden Eintrittsalter zu zahlen.

Die Tarifbedingung Nr. 14 TB 2009, Teil II der AVB MB/KK 2009, erhält für Versicherte nach Tarif ZA 25 IP folgenden Wortlaut:

4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

- a) Versicherungsleistungen während der gesamten Versicherungsdauer nach Tarif ZA 25 IP nicht in Anspruch genommen wurden,
- b) die versicherte Person nach Beendigung des Tarifs ZA 25 IP mindestens bis zum 36. Monat nach dessen Versicherungsbeginn mit einer Krankheitskostenvoll- oder Krankheitskostenzusatzversicherung oder einer Optionsversicherung bei der AXA Krankenversicherung versichert bleibt (ausgenommen, wenn die versicherte Person vor Ablauf der 36 Monate verstirbt).

Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt frühestens im 4. Versicherungsjahr nach Versicherungsbeginn des Tarifes ZA 25 IP

5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Rate für den Tarif ZA 25 IP zu dessen Versicherungsbeginn maßgeblich.

Die Absätze (1) bis (3) der Tarifbedingung Nr. 14 TB 2009 bleiben unverändert.

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

Gültig ab 01/2012

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

Die Portabilität gilt nicht für den Tarif ZA 25 IP

ZB-N für zahnärztliche Behandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif für zahnärztliche Behandlung für Ärzte und Medizinstudenten und ihre Familienangehörigen

Tarif	ZB 25-N
<p>A Leistungen des Versicherers</p>	<p style="text-align: right;">25 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für</p> <ul style="list-style-type: none"> – ambulante zahnärztliche Behandlung (kein Zahnersatz), – kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten zahnärztlichen Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet. <p>Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung richtet sich nach den in der Sachkostenliste I genannten Leistungsinhalten und Höchstpreisen.</p> <p>Kosten für Kieferregulierungen, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden, Zahnersatz und prophylaktische Leistungen nach den Nummern 1000, 1010, 1020 und 4000 der GOZ werden nicht erstattet, sondern ergeben sich aus dem Tarif VA100/2-N.</p> <p>Die Leistungen werden für alle Arten zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <p>Als Rechnungsbetrag werden</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Versicherungsjahr bis zu 1.278,23 Euro – in den ersten zwei Versicherungsjahren bis zu 2.556,46 Euro – in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu 3.834,69 Euro – in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu 5.112,92 Euro – in den ersten fünf Versicherungsjahren bis zu 6.391,15 Euro <p>anerkannt.</p> <p>Bei zu erstattenden Kosten entscheiden die einzelnen Behandlungsdaten, welchem Versicherungsjahr sie zugeordnet werden.</p> <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
<p>B Umwandlungsoption</p> <p>1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen</p> <p>2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung</p> <p>3) Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Erlangung des Facharztstitels. b) Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. c) Niederlassung. d) Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. e) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. f) Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). g) Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. b) Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. c) In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
<p>C Versicherungsfähigkeit nach Tarif ZB 25-N</p>	<p>Versicherungsfähig sind Humanmediziner (nicht Zahnärzte) sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit – auch einer versicherten Person – ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.</p> <p>Der Tarif ZB 25-N kann nur als Ergänzung zu dem Tarif VA 100/2-N des Versicherers abgeschlossen werden. Mit Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif ZB 25-N.</p> <p>Hinsichtlich des Vmhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt:</p>

D Beitragsanpassung

Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5 % die Beiträge des Tarifs anpassen.

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

Gültig ab 01/2012

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nachdem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

ZZ-N für Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif für Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher Behandlung für Zahnärzte und deren Familienangehörigen

Tarif/Klasse	ZZ-N
A Leistungen des Versicherers	<p style="text-align: center;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für Material- und Laborkosten bei ambulanter zahnärztlicher Behandlung. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.</p> <p>Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der Sachkostenliste I aufgeführten Höchstbeträgen.</p> <p>Serviceleistungen: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind bei Terminvereinbarungen behilflich.</p>
B Kostenvoranschlag	<p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p>
C Umwandlungsoption 1) Umfang/Inhalt der Umwandlungsoptionen 2) Ereignisse für Inanspruchnahme einer Option auf eine höherwertige Krankheitskostenvollversicherung 3) Frist zur Wahrnehmung der Option	<p>Versicherte Personen dieses Tarifs können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt 2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten sowohl die Umstellung in einen bestehenden Tarif des Versicherers mit höheren als auch mit umfassenderen Leistungen verlangen, wenn in dem gewünschten Krankheitskostenvollkostentarif oder der beihilfekonformen Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsfähigkeit besteht.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung. Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz Folgendes: Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Erlangung des Facharztstitels. Ernennung zum Oberarzt oder Chefarzt. Niederlassung. Einmalig bei Eheschließung der versicherten Person. In diesem Fall behalten eingetretene Versicherungsfälle den Versicherungsschutz in dem Umfang, in dem er vor Ausübung der Option bestand. Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag. Bei Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind). Versicherte Personen, die erstmalig eine Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Umstellung verlangen, sofern vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz bestand. <p>Die Umwandlungsoption g) gilt nicht für versicherte Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option hat dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zuzugehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bei einer Umstellung nach g) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres. Ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. In allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.
D Versicherungsfähigkeit nach Tarif ZZ-N	<ol style="list-style-type: none"> Versicherungsfähig sind Zahnärzte sowie ihre Familienangehörigen, soweit sie mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er jeweils mit Wirkung ab dem nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person entweder ohne Einhaltung einer Frist kündigt oder in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen will. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. Unterbleibt die rechtzeitige Änderungsanzeige, und stellt der Versicherer selbst fest, dass die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist, gilt das zu 2. Gesagte entsprechend. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses aus Tarif ZZ-N in Tarif Z 100 S-N als vereinbart. Der Tarif ZZ-N kann nur als Ergänzung zu einer der Versicherungspflicht gem. § 193 Abs. 3 VVG entsprechenden Krankheitskostenvollversicherung bei AXA Krankenversicherung AG abgeschlossen werden. Mit dem Ende der Hauptversicherung endet auch die Versicherung nach Tarif ZZ-N.

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

Gültig ab 07/2010

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

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

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

Auslandsreise-Langzeitversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Krankheitskostentarif mit befristeter Vertragsdauer

Tarif/Klasse	ARL				
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1) Ambulante Behandlung im Ausland</p> <p>2) Krankenhausbehandlung im Ausland</p> <p>3) Zahnbehandlung und -ersatz im Ausland</p> <p>4) Einschränkung der Leistungspflicht</p> <p>5) Rücktransport aus dem Ausland</p> <p>6) Überführungskosten aus dem Ausland</p>	<p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung einschließlich Arzneien, Heil- und Hilfsmittel. Für Sehhilfen werden als Rechnungsbetrag bis zu 256,- Euro anerkannt und bis zu 256,- Euro erstattet.</p> <p>Ein erneuter Anspruch entsteht erst nach Ablauf von 24 Monaten, es sei denn, dass sich die Sehfähigkeit auf einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien geändert hat.</p> <p>Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet.</p> <p>Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 767,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache.</p> <p>Erstattung der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu</p> <p style="text-align: right;">100 %.</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung und</p> <p style="text-align: right;">80 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige(n) Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferregulierungen.</p> <p>In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro - Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro - Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro - Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro - Höchstleistung im 5. und in den darauffolgenden Jahren = jeweils 2.556,46 Euro <p>Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung beträgt die Höchstleistung jährlich 2.556,46 Euro.</p> <p>Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Psychotherapie. - Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 18 und 19 (2) finden keine Anwendung. - künstliche Befruchtung und Sterilisation. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 2 erhält folgende Fassung: Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gilt als Versicherungsfall. - Entziehungsmaßnahmen. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 17 findet keine Anwendung. <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages. Für ausländische Staatsangehörige, die von der Bundesrepublik Deutschland aus vorübergehend ein anderes Ausland als das, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, aufsuchen, gilt ein Rücktransport aus diesem anderen Ausland in die Bundesrepublik Deutschland als erstattungsfähig.</p> <p>Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 5, finden sinngemäß Anwendung.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">innerhalb Europas bis</td> <td style="text-align: right;">5.000,- Euro</td> </tr> <tr> <td>sonst bis</td> <td style="text-align: right;">10.000,- Euro</td> </tr> </table>	innerhalb Europas bis	5.000,- Euro	sonst bis	10.000,- Euro
innerhalb Europas bis	5.000,- Euro				
sonst bis	10.000,- Euro				
<p>B Besondere Bestimmungen</p> <p>1) Geltungsbereich</p> <p>2) Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes</p>	<p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung während eines gemäß B 3 und B 4 befristeten Auslandsaufenthaltes.</p> <p>Als Ausland gelten für deutsche Staatsangehörige alle Länder und Gebiete außerhalb von Deutschland und für ausländische Staatsangehörige Deutschland.</p> <p>a) Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, so gilt nach Meldung durch den Versicherungsnehmer die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Heimatland bis zur Dauer von 3 Monaten als vereinbart. Zusätzlich gilt für ausländische Staatsangehörige, die von der Bundesrepublik Deutschland aus ein anderes Ausland als das, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, aufsuchen, die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf dieses andere Ausland ebenfalls bis zur Dauer von 3 Monaten.</p> <p>Ebenfalls gilt für deutsche Staatsangehörige, die vom Land ihres ursprünglichen Auslandsaufenthaltes aus ein anderes Ausland aufsuchen, die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf dieses andere Ausland ebenfalls bis zur Dauer von 3 Monaten.</p>				

	<p>b) Abweichend zu der in a) genannten Dauer wird bei Aufenthalt in folgenden Staaten als Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz insgesamt für maximal 30 Tage im Jahr gewährt: USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Südkorea, Japan, Hong Kong und Taiwan.</p> <p>Mehrere Aufenthalte in den genannten Staaten werden zusammengerechnet. Die Berechnung der Dauer des Auslandsaufenthaltes erfolgt unter Einbeziehung des Ein- und Ausreisetages.</p>
3) Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig sind deutsche und ausländische Staatsangehörige, die sich mindestens ein Jahr ununterbrochen im Ausland aufhalten. Ausländische Staatsbürger sind nur mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung versicherbar. Mit Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung endet die Versicherungsfähigkeit.</p>
4) Versicherungsende	<p>Die Versicherung nach diesem Tarif endet – außer in Fällen von AVB, Teil I, §§ 13-15 – mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Versicherungsfähigkeit endet, – die Höchstvertragsdauer von 5 Jahren erreicht ist. <p>(Die Höchstvertragsdauer kann durch Vereinbarung zum Beitrag des dann erreichten Eintrittsalters maximal um 5 Jahre verlängert werden).</p> <p>Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Eintritt des Beendigungsgrundes dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen. Für versicherte Personen, die bei Aufnahme einen ständigen Wohnsitz in Deutschland hatten, kann die Versicherung bei der Rückkehr, sofern sich der ständige Wohnsitz dann wieder in Deutschland befindet, ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten nach den für das Neugeschäft offenen substitutiven Krankheitskostentariifen des Versicherers fortgeführt werden, wenn der entsprechende Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Rückkehr beim Versicherer gestellt wird.</p> <p>Wird für den Tarif ARL eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung dieser Option für den auflebenden Versicherungsschutz Folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif ARL war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Dem Antrag ist eine Meldebestätigung über den ständigen Wohnsitz beizufügen.</p> <p>Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus nach Ablauf von 30 Tagen bei Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes in einem der in B (2) (b) genannten Staaten. Hinsichtlich der Fristberechnung gilt der letzte Satz von B (2) (b).</p> <p>Über die Dauer von 30 Tagen hinaus wird bei Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes in einem der in B (2) (b) genannten Staaten Versicherungsschutz gewährt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Versicherungsnehmer die beabsichtigte Reise vor Reiseantritt anzeigt, und – der Versicherungsnehmer sich mit einem Zuschlag gemäß der zum Zeitpunkt der Reise bei der AXA Krankenversicherung üblichen Höhe für das Reiseland für die Zeit des Aufenthaltes einverstanden erklärt. Der Zuschlag wird nach Ablauf der in Nr. (4) geregelten 30 Tagesfrist berechnet, jedoch nicht für den Monat, in den das Ende des 30-tägigen Versicherungsschutzes fällt. Der Zuschlag ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem die Reise endet, – bei Reiseland USA der Versicherungsnehmer vor Reiseantritt eine entsprechende Entsendebescheinigung seines Arbeitgebers vorlegt.
5) Abänderung der AVB	<p>Es gelten nicht:</p> <p>Teil I, § 1 (4);</p> <p>Teil I, § 3;</p> <p>Teil II, TB 2009 Nr. 4, 10a, 14, 18, 19 (2), 26, 30;</p> <p>Teil II, TB 2009 Nr. 1a (1) erster Satz, erhält folgende Fassung:</p> <p>Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages bei Aufenthalten in Ländern mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten als in der Bundesrepublik Deutschland von einem angemessenen Beitragszuschlag abhängig machen.</p>
6) Wartezeiterlass	<p>Alle Wartezeiten entfallen.</p>

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

Gültig ab 01/2009

**Auslandsreise-Langzeitversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil III Krankheitskostentarif mit befristeter Vertragsdauer

Tarif/Klasse	ARL-Basis
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>1) Ambulante Behandlung im Ausland</p> <p>2) Krankenhausbehandlung im Ausland</p> <p>3) Zahnbehandlung und -ersatz im Ausland</p> <p>4) Einschränkung der Leistungspflicht</p> <p>5) Rücktransport aus dem Ausland</p> <p>6) Überführungskosten aus dem Ausland</p>	<p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung einschließlich Arzneien, Heil- und Hilfsmittel ohne Sehhilfen. Fahrtkosten zur oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung werden bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit erstattet. Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 256,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechend Vielfache.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Erstattungsfähig sind auch Kosten für Belegarzt, Beleghebammen und -entbindungspfleger. Bietet das aufgesuchte Krankenhaus keine Allgemeinen Krankenhausleistungen (3. Pflegeklasse) an oder rechnet das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz ab, wird als tägliche Leistung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 270,- Euro gezahlt; liegen die tatsächlich entstandenen Krankenhauskosten in der Summe niedriger, werden maximal die tatsächlichen Kosten erstattet. Zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1.2006, wird das als tägliche Leistung gezahlte Krankenhaustagegeld entsprechend der Entwicklung der vom Statistischen Bundesamt im Statistischen Jahrbuch veröffentlichten Preise für stationäre Gesundheitsdienstleistungen angepasst.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung und</p> <p style="text-align: right;">60 %</p> <p>des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferregulierungen. In den ersten Versicherungsjahren sind die Leistungen für alle Arten zahnärztlicher Behandlung (einschließlich Zahnersatz) und kieferorthopädischer Behandlung wie folgt begrenzt: – Höchstleistung im 1. Jahr = 255,65 Euro – Höchstleistung im 2. Jahr = 511,29 Euro – Höchstleistung im 3. Jahr = 1.022,58 Euro – Höchstleistung im 4. Jahr = 1.533,88 Euro – Höchstleistung im 5. und in den darauffolgenden Jahren = jeweils 2.556,46 Euro Bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung beträgt die Höchstleistung jährlich 2.556,46 Euro. Vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz soll dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Kostenvorschlag unverzüglich zu prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekanntzugeben.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind: – ambulante Psychotherapie – Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 18 und 19 (2) finden keine Anwendung. – künstliche Befruchtung und Sterilisation. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 2 erhält folgende Fassung: Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch gilt als Versicherungsfall. – Entziehungmaßnahmen. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 17 findet keine Anwendung.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages. Für ausländische Staatsangehörige, die von der Bundesrepublik Deutschland aus vorübergehend ein anderes Ausland als das, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, aufsuchen, gilt ein Rücktransport aus diesem anderen Ausland in die Bundesrepublik Deutschland als erstattungsfähig. Die AVB, Teil II, TB 2009 Nr. 5, finden sinngemäß Anwendung.</p> <p style="text-align: right;">100 %</p> <p>des Rechnungsbetrages innerhalb Europas bis 5.000,- Euro sonst bis 10.000,- Euro</p>
<p>B Besondere Bestimmungen</p> <p>1) Geltungsbereich</p> <p>2) Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes</p>	<p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung während eines gemäß B 3 und B 4 befristeten Auslandsaufenthaltes. Als Ausland gelten für deutsche Staatsangehörige alle Länder und Gebiete außerhalb von Deutschland und für ausländische Staatsangehörige Deutschland.</p> <p>a) Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, so gilt nach Meldung durch den Versicherungsnehmer die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Heimatland bis zur Dauer von 3 Monaten als vereinbart. Zusätzlich gilt für ausländische Staatsangehörige, die von der Bundesrepublik Deutschland aus ein anderes Ausland als das, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen, aufsuchen, die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf dieses andere Ausland ebenfalls bis zur Dauer von 3 Monaten.</p> <p>Ebenfalls gilt für deutsche Staatsangehörige, die vom Land ihres ursprünglichen Auslandsaufenthaltes aus ein anderes Ausland aufsuchen, die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf dieses andere Ausland ebenfalls bis zur Dauer von 3 Monaten.</p>

<p>3) Versicherungsfähigkeit</p> <p>4) Versicherungsende</p> <p>5) Abänderung der AVB</p> <p>6) Wartezeiterlass</p>	<p>b) Abweichend zu der in a) genannten Dauer wird bei Aufenthalt in den folgenden Staaten als Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes Versicherungsschutz insgesamt für maximal 30 Tage im Jahr gewährt: USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Südkorea, Japan, Hong Kong und Taiwan. Mehrere Aufenthalte in den genannten Staaten werden zusammengerechnet. Die Berechnung der Dauer des Aufenthalts erfolgt unter Einbeziehung des Ein- und Ausreisetages.</p> <p>Versicherungsfähig sind deutsche und ausländische Staatsangehörige, die sich mindestens ein Jahr lang im Ausland aufhalten. Ausländische Staatsbürger sind nur mit befristeter Aufenthaltsgenehmigung versicherbar. Mit Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung endet die Versicherungsfähigkeit.</p> <p>Die Versicherung nach diesem Tarif endet außer in Fällen von AVB, Teil I, §§ 13, 15 mit Ablauf des Monats, in dem</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Versicherungsfähigkeit endet, – die Höchstvertragsdauer von 5 Jahren erreicht ist. <p>Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Eintritt des Beendigungsgrundes dem Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.</p> <p>Der Versicherungsschutz endet darüber hinaus abweichend von Nr. 4 TB 2008 nach Ablauf von 30 Tagen bei Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes in einem der in B (2) (b) genannten Staaten. Hinsichtlich der Fristberechnung gilt der letzte Satz von B (2) (b).</p> <p>Über die Dauer von 30 Tagen hinaus wird bei Unterbrechung des ursprünglichen Auslandsaufenthaltes in einem der in B (2) (b) genannten Staaten Versicherungsschutz gewährt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Versicherungsnehmer die beabsichtigte Reise vor Reiseantritt anzeigt, und – der Versicherungsnehmer sich mit einem Zuschlag gemäß der zum Zeitpunkt der Reise bei der AXA Krankenversicherung üblichen Höhe für das Reiseland für die Zeit des Aufenthaltes einverstanden erklärt. Der Zuschlag wird nach Ablauf der in Nr. (4) geregelten 30 Tagesfrist berechnet, jedoch nicht für den Monat, in dem das Ende des 30tägigen Versicherungsschutzes fällt. Der Zuschlag ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem die Reise endet, – bei Reiseland USA der Versicherungsnehmer vor Reiseantritt eine entsprechende Entsendebescheinigung seines Arbeitgebers vorlegt. <p>Es gelten nicht:</p> <p>Teil I, § 1 (4); Teil II, TB 2009 Nr. 4, 10a, 14, 17, 18, 19 (2), 26, 30.</p> <p>Teil II, TB 2009 Nr. 1a (1) erster Satz, erhält folgende Fassung:</p> <p>Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages bei Aufenthalten in Ländern mit höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten als in der Bundesrepublik Deutschland von einem angemessenen Beitragszuschlag abhängig machen.</p> <p>Alle Wartezeiten entfallen.</p>
---	--

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

Gültig ab 05/2011

Wichtige Kundeninformationen zum Tarif ARL-Basis*)

Bitte beachten Sie unbedingt den unten stehenden Hinweis!

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit der Wahl des Tarifs ARL-BASIS haben Sie sich für eine Krankenversicherung entschieden, die Ihnen einen hervorragenden Basisschutz bei langfristigen Auslandsaufenthalten bietet.

Wir möchten Sie mit diesem Merkblatt aber nochmals auf eine meist erhebliche Eigenbeteiligung bei stationären Behandlungen im Ausland aufmerksam machen.

Ärztliche Leistungen werden im Ausland in der Regel als privatärztliche Leistungen liquidiert. In vielen Ländern gilt die freie Preisgestaltung.

Durch die freie Preisgestaltung können die Kosten um ein Vielfaches höher liegen als bei einer vergleichbaren Behandlung in Deutschland. (Beispiel USA: 300 % bis 800 % erhöhtes Kostenniveau).

Kostenbeispiel für eine stationäre Behandlung für 4 Tage nach einem Herzinfarkt in den USA:

Angefallene Kosten:

Bereitstellung des Betts mit 1 Übernachtung auf Intensivstation	7.400,00 \$
Bereitstellung des Betts mit 2 Übernachtungen auf internistischer Station	11.000,00 \$
Medikamentengabe/Apothekenbereitstellungskosten	35.183,00 \$
Herzschrittmacher	6.390,00 \$
Sonstige Bereitstellungskosten	7.000,00 \$
Bereitstellungskosten für Labor	6.969,00 \$
Bereitstellungskosten für OP-Nutzung	1.375,00 \$
Bereitstellungskosten für Kardiologie	25.718,20 \$
Blutkonserven	1.668,00 \$
Sonstige Bereitstellungskosten für OP	443,00 \$
EKG	1.493,60 \$
Berechnung von Mehrkosten ohne Versicherungsschutz	3.164,00 \$
Ärztliche Leistungen	3.471,00 \$

Total in USD	111.247,80 \$
Total in Euro	92.498,40 Euro

Erstattungsfähige Kosten aus dem Tarif ARL-Basis:

Krankenhaustagegeld von 270,- Euro für 4 Tage	1.080,00 Euro
---	---------------

Eigenanteil für den Kunden	91.418,40 Euro
-----------------------------------	-----------------------

Mit unserem stationären Zusatztarif KG 2-Start können Sie stationäre Versorgungslücken, gemäß der tariflichen Leistungszusage, schließen.

Alternativ können Sie auch unseren stationären Top-Schutz nach Tarif ARL abschließen.

Bei Interesse an einer unverbindlichen Beratung sprechen Sie bitte Ihren zuständigen Betreuer an oder rufen Sie uns direkt an. Wir beraten Sie gerne.

AXA Krankenversicherung AG
50592 Köln
Tel.-Nr.: 0221 14836001
www.AXA.de service@axa.de

*) Hinweis: Dieses Merkblatt erhalten, aus technischen Gründen, alle ARL-BASIS Kunden. Das heißt, sollten Sie bereits den Zusatztarif KG 2-Start abgeschlossen haben, so betrachten Sie dieses Merkblatt lediglich als zusätzliche Information und nehmen es bitte zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Teil III Krankheitskostentarif für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen zur Ergänzung ihrer stationären Leistungen

Tarif/Klasse	KG 2-START										
A Leistungen des Versicherers	<p>Volle Erstattung der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder studentischen Pflichtkrankenversicherung bzw. nach Gewährung der Beihilfe (Grundversicherung).</p> <p>Erstattungsfähig sind alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft), Arztkosten, Krankenhausnebenkosten, Hebammenkosten und medizinisch notwendige Transportkosten zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei Inanspruchnahme eines</p> <p style="text-align: center;">Zweibettzimmers</p> <p>als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder der</p> <p style="text-align: center;">2. Pflegeklasse,</p> <p>soweit diese die Leistungen der Grundversicherung, die zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen sind, übersteigen.</p> <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 „Gebührenordnungen“ werden für vom liquidationsberechtigtem Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen für die Operation selbst, nicht jedoch für sonstige im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Besteht für die versicherte Person keine Grundversicherung, so tritt an Stelle der Vorleistung durch diese eine Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers in Höhe von 270,- Euro täglich. Bei einem Ansteigen der von der Grundversicherung übernommenen durchschnittlichen Kosten erhöht sich dieser Satz entsprechend. Der erhöhte Satz wird nach einem dem unabhängigen Treuhänder gegenüber geschäftsplanmäßig festgelegten Verfahren ermittelt und den Versicherungsnehmern rechtzeitig mitgeteilt.</p>										
B Ersatzleistung und Selbstbehalt	<p>1) Nehmen Versicherte des Tarifes KG 2-START versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Nehmen sie nicht versicherte Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch, hat der Versicherungsnehmer einen täglichen Selbstbehalt (SB) zu tragen.</p> <p>Im Einzelnen gilt</p> <table border="1" data-bbox="432 1093 1479 1489"> <tr> <td data-bbox="432 1093 874 1149">Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td data-bbox="882 1093 1479 1149">SB: 40,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="432 1171 874 1227">Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td data-bbox="882 1171 1479 1227">SB: 6,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="432 1249 874 1305">Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td data-bbox="882 1249 1479 1305">KHT: 34,- Euro</td> </tr> <tr> <td data-bbox="432 1328 874 1395">Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung</td> <td data-bbox="882 1328 1479 1395">KHT: 24,- Euro</td> </tr> <tr> <td data-bbox="432 1417 874 1485">Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung</td> <td data-bbox="882 1417 1479 1485">KHT: 58,- Euro</td> </tr> </table> <p>2) Bei Entbindung einer versicherten Person in der Wohnung wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 512,- Euro gezahlt; bei Mehrlingsgeburten das entsprechende Vielfache.</p>	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 40,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 6,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.	Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 34,- Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	KHT: 24,- Euro	Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 58,- Euro
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	SB: 40,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	SB: 6,- Euro je Tag der stationären Krankenhausbehandlung gelten als nicht erstattungsfähig.										
Unterbringung im Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 34,- Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) mit privatärztlicher Behandlung	KHT: 24,- Euro										
Unterbringung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach den §§ 2, 5 und 6 BpflV (3. Pflegeklasse) ohne privatärztliche Behandlung	KHT: 58,- Euro										
C Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient	<p>Volle Erstattung der rein ärztlichen Kosten der ambulant im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt.</p>										
D Besondere Bestimmungen	<p>Berechnen die Krankenhäuser nicht nach der BpflV, sondern nach Pflegeklassen, so entspricht die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeklasse einem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse einem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse der allgemeinen Krankenhausleistung nach § 2 BpflV eines Krankenhauses. <p>Bei verschiedenen Unterbringungsarten während eines Krankenhausaufenthaltes wird anteilig der Zeit der Unterbringung geleistet. Den Nachweis über die Unterbringungsart hat der Versicherungsnehmer zu führen.</p>										
E Besondere Bedingungen	<p>Die maximale Versicherungsdauer beträgt 60 Monate.</p> <p>Bei Aufenthalt in den USA wird Versicherungsschutz insgesamt für maximal 30 Tage im Jahr gewährt. Mehrere Aufenthalte werden zusammengerechnet. Die Berechnung der Dauer des Auslandsaufenthaltes erfolgt unter Einbeziehung des Ein- und Ausreisetales.</p> <p>Der Versicherungsschutz endet nach Ablauf von 30 Tagen bei Aufenthalten in den USA.</p>										

- Über die Dauer von 30 Tagen hinaus wird bei Aufenthalten in den USA Versicherungsschutz gewährt, wenn
- der Versicherungsnehmer die beabsichtigte Reise in die USA vor Reiseantritt anzeigt, und
 - der Versicherungsnehmer sich mit einem Zuschlag auf die Prämie von 100 % monatlich für die Zeit des Aufenthaltes einverstanden erklärt. Der Zuschlag wird nach Ablauf der in Nr. (4) geregelten 30 Tagesfrist berechnet, jedoch nicht für den Monat, in den das Ende des 30tägigen Versicherungsschutzes fällt. Der Zuschlag ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem die Reise endet, und
 - der Versicherungsnehmer von seinem Arbeitgeber in die USA entsendet wird, und vor Reiseantritt eine entsprechende Entsendebescheinigung seines Arbeitgebers vorlegt.

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

Gültig ab 05/2011

VG480

KHT 2**Krankenhaustagegeldversicherung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung****Teil III Krankenhaustagegeldversicherung für Personen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen**

Tarif	KHT 2
	Die Tarifbezeichnung KHT 2 wird ergänzt durch den Euro-Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes.
A Leistungen des Versicherers	Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe je Tag der Krankenhausbehandlung.
B Fortfall der Versicherungsfähigkeit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wird die versicherte Person krankenversicherungspflichtig (z. B. durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit), so ist dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. 2. Bei der Anzeige kann der Versicherungsnehmer wählen, ob er jeweils mit Wirkung ab dem nächsten auf die Anzeige folgenden Monatsende das Versicherungsverhältnis für die betreffende versicherte Person <ol style="list-style-type: none"> a) ohne Einhaltung einer Frist kündigen oder b) unter künftiger Entrichtung der Beiträge für das bisher versicherte Krankenhaustagegeld gemäß den AVB des Tarifs KHT 1 bzw. c) unter Beibehaltung des bisherigen Beitrages in Tarif KHT 1 fortsetzen will. 3. Unterbleibt die rechtzeitige Änderungsanzeige des Versicherungsnehmers, so gilt mit Beginn des Monats, der auf den Änderungseintritt gemäß Abs. 1 folgt, für die betreffende versicherte Person die Wahlfolge gemäß Abs. 2 Buchst. c) als vertraglich vereinbart; eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ist nur aufgrund erneuter Risikoprüfung möglich. Die Höhe des nach dem aufsichtsbehördlich genehmigten Geschäftsplan berechneten, ermäßigten Krankenhaustagegeldes wird dem Versicherungsnehmer mitgeteilt, unverzüglich nachdem der Versicherer von dem Änderungseintritt Kenntnis erlangt hat. Nach Zugang der Mitteilung kann das Kündigungsrecht Abs. 2 Buchst. a) innerhalb von 14 Tagen erneut ausgeübt werden.

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

Gültig ab 01/2009

VG481

KTA**für stationäre Krankenhausbehandlung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil III Krankenhaustagegeldversicherung für die Heilberufe Arzt, Zahnarzt, Tierarzt und Apotheker sowie deren Familienangehörige, soweit sie im Haushalt des Versicherungsnehmers leben

Tarif	KTA
	Die Tarifbezeichnung KTA wird ergänzt durch den Euro-Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes.
Leistungen des Versicherers	Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung (Krankheit, Unfall, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung) in der versicherten Höhe. Das Krankenhaustagegeld beträgt höchstens 60,- Euro.

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

Gültig ab 01/2009

VorsorgePlus**für ambulante Vorsorgemaßnahmen****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif VorsorgePlus****Teil II: Kostentarif für ambulante Vorsorgemaßnahmen**

Tarif	VorsorgePlus
A Leistungen des Versicherers	<p style="text-align: center;">80 %</p> <p>der erstattungsfähigen Kosten werden, gemäß umseitig aufgeführten ärztlichen Vorsorgeleistungen, bis zu einer Gesamtleistung von maximal 500,- Euro pro Kalenderjahr erstattet.</p>
B Dynamik	<p>Bei Erweiterungen des Leistungsspektrums der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme gemäß Abschnitt A. kann eine nicht sinnvolle Mehrfachabsicherung entstehen. In diesem Fall können solche mehrfach abgesicherten Leistungen aus dem Vorsorgetarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen werden. Bei Einschränkungen des Leistungsspektrums der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme gemäß Abschnitt A. kann ein medizinisch sinnvoller Versicherungsbedarf entstehen. In diesem Fall können solche Leistungen in den Tarif aufgenommen und die Beiträge entsprechend erhöht werden sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Der Versicherer informiert die Versicherungsnehmer über die geänderten Leistungsinhalte.</p>
C Versicherungsfähigkeit	<p>Nicht versicherungsfähig sind Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50 % ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.</p>
D Wartezeiten	<p>Die Wartezeit für Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen beträgt 8 Monate – gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Diese Wartezeit kann grundsätzlich nicht entfallen.</p>
E Mindestvertragsdauer	<p>Die Mindestvertragsdauer im Tarif VorsorgePlus beträgt 2 Jahre, es sei denn, die Versicherungsfähigkeit endet vor Ablauf von 2 Jahren.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB für Tarif VorsorgePlus, Teil I Allgemeine Bedingungen.

Gültig ab 01/2008

Erstattungsfähige Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt A des Tarifes VorsorgePlus

Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
1. Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche			
Kinder-Intervall-Checks: U6a: im 15. bis 18. Lebensmonat U7a: im 30. bis 40. Lebensmonat U9a: im 8. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3
Kinder-Intervall-Checks: U9b: im 10. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15
Jugendlichenvorsorge-Checks: J2: im 14. bis 16. Lebensjahr	Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15
Neugeborenen Audio-Check: Früherkennung von Schwerhörigkeit	Beratung Kinderaudiometrie	1 1406	2,3 1,8
Schiel-Vorsorge: Früherkennung von Schwachsichtigkeit	Beratung Augen-Untersuchung Perimetrie Farbsinnprüfung	1 6 1225 1228	2,3 2,3 2,3 2,3
2. Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft			
Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fetus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche	Beratung Sono Schwang. Vorsorge	1 415	2,3 2,3
Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung	Beratung Sono Schwang. Vorsorge	1 415	2,3 2,3
Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus	Beratung Blutentnahme Alpha-Fetoprotein HCG Östrol	1 250 3743 4024 4027	2,3 1,8 1,15 1,15 1,15
3. Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs			
Hautkrebs-Vorsorge, einschließlich Dermatoskopie	Beratung Unters. 1 Organsystem Dermatoskopie	1 7 750	2,3 2,3 2,3
Mammographie und Ultraschall-Untersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung	Beratung Sono Brust Sono weitere Organe Mammographie	1 418 420 2 x 5266	2,3 2,3 2,3 1,8
Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopatienten	Beratung HNO-Untersuchung Nasen-Endoskopie	1 6 1418	2,3 2,3 2,3
Krebsvorsorge für Männer (Früherkennung eines Prostata-Karzinoms mit PSA-Test)	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata Bestimmung des PSA	11 3908.H3	2,3 1,15
*) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)			

Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor
4. Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen			
Kleiner Gesundheits-Check	Früherkennung	29	2,3
	Ruhe-EKG	651	1,8
Großer Gesundheits-Check/Sport-Check	Früherkennung	29	2,3
	Lungenfunktion	605	1,8
	Fluss-Vol.-Kurve	605a	1,8
	Ruhe- und Belastungs-EKG	652	2,3
	Rö-Thorax 2 Eb	5137	1,8
	Sono 1 Organ	410	2,3
	Sono weitere Organe	420	2,3
	Blutentnahme	250	1,8
	Leber-Nieren-Fettwerte	3563.H1 – 3595.H1	Höchstbetrag
	großes Blutbild	3550-1	1,15
	Elektrolyte	3555-8	1,15
	Blutzucker	3560	1,15
	BSG	3501	1,15
Lifestyle-Check	Beratung	1	2,3
	Unters. Ganzkörperstatus	8	2,3
	Blutentnahme	250	1,8
	HbA1 C	3561	1,15
	Gesamt-Cholesterin	3562.H1	Höchstbetrag
	HDL	3563.H1	1,15
	LDL	3564.H1	1,15
	Gesamt-Triglyceride	3565.H1	1,15
	Harnsäure	3583.H1	1,15
	Gamma-GT	3592.H1	1,15
	Sono-Check (Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe)	Beratung	1
Sono 1 Organ		410	2,3
Sono weitere Organe		420	2,3
Duplex		401	1
Transcavitäre Untersuchung		403	1,8
Schlaganfall-Vorsorge	Beratung	1	2,3
	Direktionaler Doppler	645	1,8
Lungen-Check (Lungenfunktionsprüfung)	Beratung	1	2,3
	Unters. 1 Organsystem	7	2,3
	Lungenfunktion	605	1,8
	Fluss-Vol.-Kurve	605a	1,8
	Rö-Thorax 2 Eb	5137	1,8
Schilddrüsen-Vorsorge (Früherkennung insbesondere von Über- und Unterfunktionen)	Beratung	1	2,3
	Blutentnahme	250	1,8
	TSH	4030	1,15
Glaukom-Vorsorge (Früherkennung grüner Star)	Beratung	1	2,3
	Augen-Untersuchung	6	2,3
	Tonometrie	1262	1,8
	Verlaufstonometrie	1257	1,8
Osteoporose-Vorsorge (Knochendichtemessung)	Beratung	1	2,3
	Osteodensitometrie	5380	1,8
Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung, einschließlich Hauttyp-Bestimmung	eingehende Beratung	3	2,3
Hirnleistungs-Check (Früherkennung von Hirnabbauprozessen)	Beratung	1	2,3
	Testfragebögen	857	1,8

*) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Behandlungswegweiser für Tarif „VorsorgePlus“

zur Vorlage beim Arzt

Versicherungsscheinnummer:

Vorname und Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Hinweise für den Versicherungsnehmer/die versicherte Person

Bitte legen Sie dieses Formular vor jeder Behandlung Ihrem Arzt vor. Hiermit erhält Ihr Arzt eine Übersicht über den Umfang der erstattungsfähigen Leistungen je Vorsorgeuntersuchung. Lassen Sie von Ihrem Arzt die durchgeführten Untersuchungen gemäß dem Formular bestätigen.

Zur Leistungserstattung reichen Sie bitte dieses Formular stets zusammen mit der Rechnung Ihres Arztes ein.

Leistungen, die über die in diesem Formular genannten Ziffern hinausgehen, sind im Tarif Vorsorge-Plus nicht enthalten.

Bei den angegebenen Altern und Zeitrhythmen zur Inanspruchnahme je Vorsorgeuntersuchung handelt es sich um unsere Empfehlung. Hieran müssen Sie sich nicht halten – die Wahl der Zeitpunkte und Rythmen steht Ihnen frei.

Mit der Abrechnung erhalten Sie automatisch von uns ein neues Formular für die nächste Untersuchung. Weitere Vordrucke finden Sie auch im Internet.

Klicken Sie in unserer Homepage www.AXA.de auf „MyAXA“.

Hinweis für den behandelnden Arzt

Die im Nachfolgenden aufgeführten GOÄ-Ziffern je Vorsorgeuntersuchung entsprechen dem Versicherungsschutz unseres Kunden/Ihres Patienten.

Darüber hinausgehende Leistungen können aus diesem Tarif nicht berücksichtigt werden.

Bitte vermerken Sie die durchgeführten Untersuchungen und bestätigen Sie diese durch Unterschrift auf diesem Formular gegenüber Ihrem Patienten. Das Formular stellt keinen Ersatz für eine ordnungsgemäße Rechnung dar.

Hiermit bestätigen wir, die markierten Leistungen im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung erhalten/durchgeführt zu haben.

Ort, Datum:

Name und Anschrift des behandelnden Arztes (Arztstempel):
zusätzlich Unterschrift

Unterschrift Patient:

Durchgeführte Untersuchung	AXA interne Ziffer	Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor	Unsere Empfehlung
Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche						
○	vz001	Kinder-Intervall-Check U6a: im 15. bis 18. Lebensmonat	komplette Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	maximal 1 x im angegebenen Alter
○	vz002	Kinder-Intervall-Check U7a: im 30. bis 40. Lebensmonat	komplette Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	maximal 1 x im angegebenen Alter
○	vz003	Kinder-Intervall-Check U9a: im 8. Lebensjahr	komplette Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung	26 1403 1228	2,3 1,8 2,3	maximal 1 x im angegebenen Alter
○	vz004	Kinder-Intervall-Check U9b: im 10. Lebensjahr	komplette Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung z. B. Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15	maximal 1 x im angegebenen Alter
○	vz005	Jugendlichenvorsorge-Check J2: im 14. bis 16. Lebensjahr	komplette Untersuchung Audiometrie Farbsinnprüfung z. B. Blutzuckertest	26 1403 1228 3511	2,3 1,8 2,3 1,15	maximal 1 x im angegebenen Alter
○	vz006	Neugeborenen Audio-Check (Früherkennung von Schwerhörigkeit)	Beratung Kinderaudiometrie	1 1406	2,3 1,8	1 x innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
○	vz007	Schiel-Vorsorge (Früherkennung v. Schwachsichtigkeit)	Beratung Augenuntersuchung Perimetrie Farbsinnprüfung	1 6 1225 1228	2,3 2,3 2,3 2,3	maximal 1 x im angegebenen Alter
Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft						
○	vz101	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fetus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche	Beratung Sono Schwang. Vorsorge	1 415	2,3 2,3	1 x pro Schwangerschaft
○	vz102	Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung	Beratung Sono Schwang. Vorsorge	1 415	2,3 2,3	1 x pro Schwangerschaft
○	vz103	Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fetus	Beratung Blutentnahme Alpha-Fetoprotein HCG Östiol	1 250 3743 4024 4027	2,3 1,8 1,15 1,15 1,15	1 x pro Schwangerschaft
Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs						
○	vz201	Hautkrebs-Vorsorge, einschließlich Dermatoskopie	Beratung Unters. 1 Organsystem Dermatoskopie	1 7 750	2,3 2,3 2,3	ab Alter 18 alle 3 Jahre
○	vz202	Mammographie und Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung	Beratung Sono Brust Sono weitere Organe Mammographie	1 418 420 2 x 5266	2,3 2,3 2,3 1,8	ab Alter 40 alle 2 Jahre
○	vz203	Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopatienten	Beratung HNO-Untersuchung Nasen-Endoskopie	1 6 1418	2,3 2,3 2,3	ab Alter 40 alle 4 Jahre
○	vz204	Krebsvorsorge für Männer (Früherkennung eines Prostata-Karzinoms mit PSA-Test)	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata Bestimmung des PSA	11 3908.H3	2,3 1,15	ab Alter 45 alle 4 Jahre

Durchgeführte Untersuchung	AXA interne Ziffer	Leistung	Inhalt	GOÄ-Ziffer*	maximaler Steigerungsfaktor	Unsere Empfehlung
Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen						
○	vz301	Kleiner Gesundheits-Check	Früherkennung Ruhe-EKG	29 651	2,3 1,8	ab Alter 35 alle 2 Jahre
○	vz302	Großer Gesundheits-Check/ Sport-Check	Früherkennung Lungenfunktion Fluss-Vol.-Kurve Ruhe- und Belastungs-EKG Rö-Thorax 2 Eb Sono 1 Organ Sono weitere Organe Blutentnahme Leber-Nieren-Fettwerte großes Blutbild Elektrolyte Blutzucker BSG	29 605 605a 652 5137 410 420 250 3563.H1 – 3595.H1 3550-1 3555-8 3560 3501	2,3 1,8 1,8 2,3 1,8 2,3 2,3 1,8 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz303	Lifestyle-Check	Beratung Unters. Ganzkörperstatus Blutentnahme HbA1 C Gesamt-Cholesterin HDL LDL Gesamt-Triglyceride Harnsäure Gamma-GT	1 8 250 3561 3562.H1 3563.H1 3564.H1 3565.H1 3583.H1 3592.H1	2,3 2,3 1,8 1,15 Höchstbetrag 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz304	Sono-Check (Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe)	Beratung Sono 1 Organ Sono weitere Organe Duplex 401 1 transcavitäre Untersuchung	1 410 420 403	2,3 2,3 2,3 1,8	ab Alter 35 alle 2 Jahre
○	vz305	Schlaganfall-Vorsorge	Beratung direktionaler Doppler	1 645	2,3 1,8	ab Alter 55 alle 3 Jahre
○	vz306	Lungen-Check (Lungenfunktionsprüfung)	Beratung Unters. 1 Organsystem Lungenfunktion Fluss-Vol.-Kurve Rö-Thorax 2 Ebenen	1 7 605 605a 5137	2,3 2,3 1,8 1,8 1,8	ab Alter 35 alle 4 Jahre
○	vz307	Schilddrüsen-Vorsorge (Früherkennung insbesondere von Über- und Unterfunktionen)	Beratung Blutentnahme TSH	1 250 4030	2,3 1,8 1,15	ab Alter 45 alle 3 Jahre
○	vz308	Glaukom-Vorsorge (Früherkennung Grüner Star)	Beratung Augen- Untersuchung Tonometrie Verlaufstonometrie	1 6 1262 1257	2,3 2,3 1,8 1,8	ab Alter 35 alle 3 Jahre
○	vz309	Osteoporose-Vorsorge (Knochendichtemessung)	Beratung Osteodensitometrie	1 5380	2,3 1,8	ab Alter 45 alle 3 Jahre
○	vz310	Sonnenlicht- und Hauttypberatung (einschließlich Hauttyp-Bestimmung)	eingehende Beratung	3	2,3	1 x während der Vertragslaufzeit
○	vz311	Hirnleistungs-Check (Früherkennung von Hirnabbauprozessen)	Beratung Testfragebögen	1 857	2,3 1,8	ab Alter 55 alle 3 Jahre

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III Kurtarif

Tarif	350E-N
A Leistungen des Versicherers	<p>Die Höhe der Leistungen ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Stufen.</p> <p>Bei einer Genesungskur ersetzt der Versicherer je Stufe 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 1,- Euro täglich, je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen.</p> <p>Bei einer sonstigen Kur ersetzt der Versicherer je Stufe 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 8,- Euro innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>Werden die tariflichen Leistungen nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Träger der Sozialversicherung Kurkosten übernommen hat, gilt Folgendes:</p> <p>a) Bei einer Genesungskur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes je Stufe ein Kurtagegeld von 0,40 Euro, jedoch pro Kalenderjahr längstens für die Dauer von 30 Tagen.</p> <p>b) Bei einer sonstigen Kur zahlt der Versicherer anstelle des Kostenersatzes je Stufe eine Kurpauschale von 3,20 Euro, allerdings nur einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p>
B Erstattungsfähige Aufwendungen	<p>1. Genesungskur</p> <p>Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:</p> <p>a) Unterkunft und Verpflegung;</p> <p>b) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen;</p> <p>c) Arznei-, Verband- und Heilmittel;</p> <p>d) Kurplan und Kurtaxe.</p> <p>Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist.</p> <p>Die medizinische Notwendigkeit ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p> <p>2. Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind Aufwendungen wie folgt erstattungsfähig:</p> <p>a) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen;</p> <p>b) Arznei-, Verband- und Heilmittel;</p> <p>c) Kurplan und Kurtaxe.</p> <p>Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p>
C Nachweise	<p>Die Rechnungsbelege müssen, sofern keine Kostenerstattung durch Dritte vorausging, in Urschrift eingereicht werden; im anderen Falle genügt in Abweichung zu Nr. 20 TB 2009 die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen.</p>
D Besondere Bedingungen für Personen in der Berufsausbildung	<p>Versicherungsfähig zu diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die sich nachweislich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden.</p> <p>Die Besonderen Bedingungen entfallen für die versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem</p> <p>a) die Schul- oder Berufsausbildung endet,</p> <p>b) die Schul- oder Berufsausbildung aufgegeben bzw. für mehr als 6 Monate unterbrochen wird,</p> <p>c) das 34. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Das Versicherungsverhältnis wird ab dem Ersten des Monats, der auf den Eintritt eines unter a) bis c) genannten Ereignisses folgt, zu den normalen Bedingungen (AVB) weitergeführt.</p> <p>Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb von 2 Monaten durch Einreichen eines geeigneten Nachweises zu belegen. Ab diesem Zeitpunkt ist der dann geltende Beitrag für den Neuzugang zu zahlen, der dem nunmehr erreichten Eintrittsalter entspricht.</p> <p>In den Beiträgen für die Krankheitskostenversicherung unter Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen ist kein Anteil für die Bildung einer Altersrückstellung vorgesehen.</p> <p>Für die Dauer der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen wird der für die versicherte Person bestehende Tarif durch ein angehängtes A gekennzeichnet.</p>

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

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

Gültig ab 01/2009

Option auf eine Krankheitskostenvollversicherung Allgemeine Versicherungsbedingungen

Tarif	VIA
<p>A Leistungen</p> <p>a) Option auf Abschluss einer Vollversicherung</p> <p>b) Leistungsausschluss</p>	<p>Der Versicherungsnehmer erwirbt für sich und alle im selben Vertrag nach Tarif VIA mitversicherten Personen die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.</p> <p>Zu den unter C bezeichneten Voraussetzungen und Zeitpunkten hat er das Recht, beim Vertragspartner eine Versicherung bestehend aus einer für den Neuzugang geöffneten Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung mit einem Tagegeld von insgesamt max. 70,- Euro ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten abzuschließen.</p> <p>Die Karenzzeit in der Krankentagegeldversicherung darf dabei 42 Tage nicht unterschreiten; lediglich Selbstständige können zum Zeitpunkt der Umstellung in einen für den Neuzugang geöffneten Tarif mit mindestens 28 Tagen Karenzzeit wechseln.</p> <p>Bei der Berechnung der Beiträge für die Vollversicherung wird das zum Zeitpunkt der Umstellung erreichte Alter zugrunde gelegt.</p> <p>Keine Leistungspflicht im gewünschten Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifs VIA eingetreten sind.</p>
<p>B Versicherungsfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig in Tarif VIA sind Personen mit einer Krankheitskostenvollversicherung oder -restkostenversicherung bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung in Deutschland. Versicherungsfähig sind auch der Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn und solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben, und die Kinder des Versicherungsnehmers, solange sie unterhaltsberechtig sind.</p>
<p>C Versicherungsdauer</p> <p>a) Beginn des Versicherungsschutzes</p> <p>b) Inanspruchnahme der Option</p> <p>c) Maximale Laufzeit</p>	<p>Die Option auf Abschluss einer Vollversicherung nach Tarif VIA beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn.</p> <p>Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen können die Option zum 1. des Folgemonats, nachdem die Krankheitskostenvollversicherung beim Vorversicherer durch Kündigung des Versicherungsnehmers beendet ist, in Anspruch nehmen. Die Beendigung der Krankenversicherung beim Vorversicherer ist durch Kündigungsbestätigung nachzuweisen.</p> <p>Personen, die den Tarif VIA gleichzeitig mit einer Krankheitskostenvollversicherung versichern, können die Option zu jedem 01.01. eines Jahres in Anspruch nehmen, letztmalig zum 01.01. nach Ablauf der Option.</p> <p>Der Antrag zur Wahrnehmung der Option muss innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der oben genannten Ereignisse beim Versicherer vorliegen.</p> <p>Für Personen, deren Krankheitskostenvollversicherung noch nicht bei AXA besteht, endet die Option nach Tarif VIA nach Ablauf von 24 Monaten.</p> <p>Für Personen, deren Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Unternehmen besteht, endet die Option nach Tarif VIA nach Ablauf von 24 Monaten. Für allen anderen Personen endet die Option spätestens zum 31.12. des fünften Versicherungsjahres. Das Beginnjahr der Option ist das erste Versicherungsjahr.</p>
<p>D Erschwerungen</p>	<p>Wird für den Tarif VIA eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den auflebenden Versicherungsschutz Folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Erkrankungen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung im Tarif VIA war, soweit sie noch bestehen und die gewählten Tarife von dieser Risikoerhöhung betroffen sind. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p>
<p>E Beiträge</p>	<p>Während der Laufzeit des Tarifs VIA bleiben die Beiträge in jedem Fall unverändert.</p>

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

Gültig ab 10/2011

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- und Pflegetarife (Hauptversicherung)

Tarif/Klasse	BEA-N
1 Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig in BEA-N sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung bei unserem Unternehmen besteht. Das Mindestaufnahmearter beträgt 20 Jahre, das Höchstaufnahmearter 59 Jahre.
2 Leistung	Vom 1. Januar des Jahres, in dem eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, ermäßigt sich die monatliche Beitragszahlung um 10,- Euro oder ein Vielfaches davon. Die maximale garantierte Beitragsermäßigung darf 75 % des jeweils zu zahlenden Beitrages der Hauptversicherung nicht übersteigen.
3 Beitragszahlung	Die Beitragszahlung erfolgt lebenslang – außer im Fall der vorzeitigen Beitragsfreistellung nach 6a. Ab dem 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, beträgt der Monatsbeitrag 1/4 des zuletzt gezahlten Monatsbeitrags. Sofern zum gleichen Zeitpunkt eine Beitragsanpassung erfolgt, gelten 1/4 vom angepassten Beitrag.
4 Beitragsanpassung	Wird auf Grundlage des § 8b Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Pflegepflichtversicherung eine neue Sterbetafel eingeführt, so erfolgt auch eine Beitragsanpassung in BEA-N zum gleichen Termin. Die Beitragsanpassung im BEA-N unterliegt genauso wie die Kostenversicherung der Zustimmungspflicht durch einen unabhängigen Treuhänder.
5 Leistungsdynamik	Die versicherte Person kann jederzeit zum 1. des Folgemonats ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der Beitragsermäßigung beantragen, jedoch nicht mehr als bis zur maximal zulässigen Höhe (siehe Nr. 2 Abs. 2). Ab Vollendung des 59. Lebensjahres ist eine Erhöhung der Beitragsermäßigung nicht mehr möglich. Durch Beitragsanpassungen in der zugehörigen Krankheitskostenversicherung kann sich ein höherer Bedarf für die Beitragsentlastung im Alter ergeben. Deshalb bietet der Versicherer regelmäßig eine Anpassung der garantierten Beitragsentlastung im Alter an. Auch hier gelten die oben genannten Altersgrenzen und Höchstgrenzen für die Leistung. Das Angebot gilt als angenommen, wenn der Versicherungsnehmer dem Angebot nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt widerspricht, worauf wir gesondert hinweisen werden.
6 Beitragsfreistellung	a) Nach einer mindestens dreijährigen Beitragszahlungsdauer kann auf Antrag des Versicherungsnehmers der BEA-N in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt werden und 1) zu einer Beitragsermäßigung führen, die mit Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, einsetzt, oder 2) zu einer sofortigen Minderung der Beiträge der Hauptversicherung verwendet werden, sofern die Beitragsminderung mindestens 10,- Euro beträgt. Die Höhe der Prämienermäßigung reduziert sich in diesen Fällen. Die Berechnung der Reduzierung nimmt der Versicherer nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen vor. Nach Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung kann sich bei einer Beitragsanpassung (siehe Nr. 4) die Höhe der ermittelten Beitragsermäßigung verändern. b) Während des beitragsfreien Ruhens der Hauptversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung kann BEA-N auf Antrag für den gleichen Zeitraum, jedoch höchstens 6 Monate, beitragsfrei ruhend gestellt werden. Danach lebt die Beitragspflicht für BEA-N wieder auf oder es erfolgt eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung entsprechend Abs. a), wobei die Mindestbeitragszahlungsdauer und die Obergrenze von 10,- Euro für diesen Fall keine Anwendung findet.
7 Überschussbeteiligung	Es ist zu erwarten, dass der Versicherer im Zusammenhang mit BEA-N Überschüsse erwirtschaftet. Die nach anerkannten versicherungsmathematischen Berechnungsgrundsätzen erfolgende Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen wird für eine über die garantierte Höhe hinausgehende Beitragsermäßigung verwendet. Dies gilt entsprechend für die nach Nr. 6 a) eingetretene Beitragsermäßigung.
8 Umwandlung nicht benötigter Beitragsermäßigung	a) Auszahlung der Beitragsermäßigung oder Rückzahlung der gezahlten Beiträge oder eine Übertragung auf eine andere Person ist ausgeschlossen. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten, solange die Hauptversicherung fortbesteht. b) Hat die Beitragsermäßigung noch nicht eingesetzt und reduziert sich der Beitrag der Hauptversicherung z. B. durch eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes, so erfolgt eine Anpassung der garantierten Beitragsermäßigung, sofern die maximal zulässige Höhe (siehe Nr. 2 Abs. 2) dann überschritten wird. Die Beitragsberechnung für den BEA-N erfolgt dabei nach den Regelungen der zugrunde liegenden Hauptversicherung. c) Wenn die Beitragsermäßigung einsetzt oder bereits eingesetzt hat und den Beitrag der Hauptversicherung rechnerisch übersteigt (z. B. aufgrund einer hohen Überschussbeteiligung oder einer gleichzeitigen Herabsetzung der zugrundeliegenden Hauptversicherung), ist eine Auszahlung des Differenzbetrages ausgeschlossen. In diesem Fall werden die nicht benötigten Mittel der Rückstellung für Beitragsermäßigung im Alter zugeführt und gemäß § 12a VAG zur Beitragsstabilisierung der zugrunde liegenden Hauptversicherung verwendet.
9 Beendigung der Hauptversicherung	Mit Beendigung der Hauptversicherung endet auch grundsätzlich der Anspruch auf Beitragsermäßigung. Die Umstellung einer Vollversicherung in eine Zusatzversicherung zählt dabei nicht als Beendigung.
10 Kündigung des BEA-N	Der BEA-N kann jederzeit ohne Einhaltung einer Frist zum Monatsende gekündigt werden. Der Versicherungsnehmer sollte zur Vermeidung von Anspruchsverlusten zuvor prüfen, ob eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nach Nr. 6 möglich ist.
11 Geltung der AVB	Diese Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Gültig ab 01/2009

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung

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

Preisverzeichnis Heilmittelliste

Pos.	Leistungsinhalt	Euro	Pos.	Leistungsinhalt	Euro
I	Inhalationen		19c	Ganzbehandlung mind. 60 Min.	39,00
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70	19d	Kompressionsbandagierung	8,70
2a	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60	20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von min. 600 Litern und einer Aggregatleistung von min. 200 l/Min. sowie mit Druck- und Temperatur-Messeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
2b	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70	IV	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
3a	Radon-Inhalation im Stollen	11,30	21	Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	10,30
3b	Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80	22a	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 1) bei Anwendung wiederverwertbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Moorparaffin, Pelose, Turbatherm)	12,30
II	Krankengymnastik, Bewegungsübungen		2)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid a) Teilpackung	20,50
4	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) – als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	20,00	b)	Großpackung	28,20
5	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath, Vojta oder PNF) – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	23,10	22b	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschl. der erforderlichen Nachruhe –	14,90
6	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) – als Einzelbehandlung – bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30	22c	Kaltpackung (Teilpackung) Anwendung von Lehm, Quark oder ähnlichem	7,70
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	6,20		Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung einer Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80	22d	Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
9a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	34,30	22e	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
9b	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	10,80	22f	Trockenpackung	3,10
10	Bewegungsübungen	7,70	23a	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
11a	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60	23b	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
11b	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – je Teilnehmer	11,80	23c	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
11c	Geräteunterstützte Krankengymnastik (KG an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung – als parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen) – Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	35,00	24a	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (Cyriax/Querfiktion), Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	22,50	24b	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00
13	Chirogymnastik ¹⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40	25a	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Mindestbehandlungsdauer 120 Min., je Behandlungstag	81,90	25b	Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
15	–		26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20	27a	Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70	27b	Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
III	Massagen		28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen)	14,40	28a	Teilbad	28,70
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		28b	Vollbad	32,80
19a	Teilbehandlung mind. 30 Min.	20,00	29	Sole-Photo-Therapie-Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Strahlung – einschließlich Nachfetten und Licht-Öl-Bad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
19b	Großbehandlung mind. 45 Min.	29,20	30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
			30a	Teilbad (Hand-/Fußbad) mit Zusatz (z. B. vergetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzysäurehaltige Zusätze	6,70
			30b	Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
			30c	Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,80
			30d	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
			31	Gashaltige Bäder	
			31a	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,30
			31b	Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,30
			31c	Kohlendioxidbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00
			31d	Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
			31e	Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10

Pos. Leistungsinhalt	Euro	Pos. Leistungsinhalt	Euro
V Kälte- und Wärmebehandlung			
32a Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie) (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80	59 Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
32b Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70	60 Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
33 Eisteilbad	9,80	61 Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
34 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70	62 Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	3,50
VI Elektrotherapie			
35 Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20		
36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20	1) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.	
37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,70	2) Nur bei der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ erstattungsfähig.	
38 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80		
39 Iontophorese	7,40		
40 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30		
41 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00		
VII Lichttherapie			
42 Behandlung mit Ultraviolettlicht			
42a als Einzelbehandlung	3,10		
42b in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60		
43a Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10		
43b Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20		
44 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20		
45 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70		
VIII Logopädie			
46a Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00		
46b Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	60,00		
46c Ausführlicher Bericht	14,20		
47 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen			
47a Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,80		
47b Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	50,00		
47c Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	64,00		
48 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern			
48a Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	18,60		
48b Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	21,80		
IX Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)			
49 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	36,00		
50 Einzelbehandlung			
50a bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,00		
50b bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	50,00		
50c bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	65,70		
51 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	38,00		
52 Gruppenbehandlung			
52a Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	18,00		
52b bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Min.	34,00		
X Sonstiges			
53 Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20		
XI Podologische Therapie²⁾			
55 Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50		
56 Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70		
57 Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05		
58 Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25		

Stand 01/2009

Preisverzeichnis Heilmittelliste für Tarife Vision 1-1500, Vision 1-3000, Vision 1-4500

Pos.	Leistungsinhalt	Euro	Pos.	Leistungsinhalt	Euro
I Inhalationen					
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	7,70	19c	Ganzbehandlung mind. 60 Min.	47,00
2a	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,10	19d	Kompressionsbandagierung einer Extremität	9,00
2b	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsbundener Heilwässer, je Teilnehmer	6,50	20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von min. 600 Litern und einer Aggregatleistung von min. 200 l/Min. sowie mit Druck- und Temperatur-Messeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,00
3a	Radon-Inhalation im Stollen	13,00	IV Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
3b	Radon-Inhalation mittels Hauben	15,80	21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,00
II Krankengymnastik, Bewegungsübungen			22a	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 1) bei Anwendung wiederverwertbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Moorparaffin, Pelose, Turbatherm)	13,00
4	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) – als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage	25,00	2)	bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zw. Haut und Peloid a) Teilpackung	21,00
5	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath, Vojta oder PNF) – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	30,00	b)	Großpackung	29,00
6	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (KG nach Bobath bzw. Vojta) – als Einzelbehandlung – bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	45,00	22b	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	17,10
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen – je Teilnehmer	7,10	22c	Kaltpackung (Teilpackung) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	8,80
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-4 Personen) bei zerebralen Dysfunktionen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	12,40		Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung einer Folie oder Vlies zw. Haut und Peloid	17,50
9a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose – als Einzelbehandlung – Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	39,40	22d	Heublumensack, Peloidkomresse	10,60
9b	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	12,40	22e	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	5,30
10	Bewegungsübungen	8,80	22f	Trockenpackung	3,60
11a	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,00	23a	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,60
11b	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – je Teilnehmer	13,00	23b	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,30
11c	Geräteunterstützte Krankengymnastik (KG an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten) je Sitzung – als parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen) – Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	40,00	23c	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,70
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen (Cyriax/Querfiktion), Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	30,00	24a	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,10
13	Chirogymnastik ¹⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00	24b	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,00
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Mindestbehandlungsdauer 120 Min., je Behandlungstag	85,00	25a	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,60
15	–		25b	Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	15,30
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	6,00	26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,90
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	7,70	27a	Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	37,70
III Massagen			27b	Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	45,90
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen)	23,00	28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		28a	Teilbad	33,00
19a	Teilbehandlung mind. 30 Min.	28,00	28b	Vollbad	37,70
19b	Großbehandlung mind. 45 Min.	38,00	29	Sole-Photo-Therapie-Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Strahlung – einschließlich Nachfetten und Licht-Öl-Bad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	37,70
			30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
			30a	Teilbad (Hand-/Fußbad) mit Zusatz (z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzysäurehaltige Zusätze	7,70
			30b	Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	15,30
			30c	Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,30
			30d	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,60
			31	Gashaltige Bäder	
			31a	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,40
			31b	Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,90
			31c	Kohlendioxidbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	24,20
			31d	Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,30
			31e	Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,60

Pos. Leistungsinhalt	Euro	Pos. Leistungsinhalt	Euro	
V Kälte- und Wärmebehandlung		59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	30,00
32a	Eisanwendung, Kältebehandlung (Kryotherapie) (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	16,70
32b	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	61	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	8,00
33	Eisteilbad	62	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar), je Person	4,00
34	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	8,00		
VI Elektrotherapie				
35	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	7,10		
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,10	1) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mind. 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.	
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,70	2) Nur bei der Diagnose „diabetisches Fußsyndrom“ erstattungsfähig.	
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,60		
39	Iontophorese	7,10		
40	Zwei- oder Vierzellenbad	13,00		
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,30		
VII Lichttherapie				
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht			
42a	als Einzelbehandlung	3,60		
42b	in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00		
43a	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,60		
43b	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00		
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,10		
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,00		
VIII Logopädie				
46a	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	43,70		
46b	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	69,00		
46c	Ausführlicher Bericht	15,30		
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen			
47a	Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	43,70		
47b	Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	57,50		
47c	Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	73,60		
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern			
48a	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	20,70		
48b	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	24,20		
IX Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)				
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,40		
50	Einzelbehandlung			
50a	bei motorischen Störungen Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	43,70		
50b	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen Mindestbehandlungsdauer 45 Min.	57,50		
50c	bei psychischen Störungen Mindestbehandlungsdauer 60 Min.	75,60		
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung Mindestbehandlungsdauer 30 Min.	43,70		
52	Gruppenbehandlung			
52a	Mindestbehandlungsdauer 45 Min., je Teilnehmer	20,70		
52b	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Min.	39,10		
X Sonstiges				
53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	10,60		
XI Podologische Therapie²⁾				
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	16,70		
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	10,00		
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	15,00		
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	8,35		

Stand 09/2009

Sachkostenliste I für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.

2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung			
1 Modell (aus Hartgips)	10,00	61 Inlay, einflächig, Metall	81,00
2 Modell (aus Superhartgips)	15,00	62 Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
3 Sägemodell (Superhartgips)	18,00	63 Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
4 Set-up-Modell	10,00	64 Onlay/Teilkrone Metall	99,00
5 Kontrollmodell	8,00	65 Galvano-inlay, einflächig	90,00
6 Set-up, je Segment	13,00	66 Galvano-inlay, zweiflächig	96,00
7 Frässockel	11,00	67 Galvano-inlay, drei- und mehrflächig	101,00
8 Zahnkranz	13,00	68 Galvanoteilkrone	84,00
9 Angeliferten Zahnkranz sockeln	9,00	69 Verblendung Keramik	96,00
10 Stumpf aus Kunststoff/Frässtumpf	10,00	70 Individuelles Charakterisieren, Keramik	27,00
11 Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	71 Zahnfleisch/Wurzelpontic Keramik	38,00
12 Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	72 Keramikschulter	27,00
13 Einzelstumpf doublieren	10,00	73 Verblendung Kunststoff	70,00
14 Ausblocken eines Stumpfes	3,00	74 Teilverblendung Keramik	74,00
15 Stumpf reponieren	5,00	75 Teilverblendung Kunststoff	57,00
16 Indiv. Frontzahnführungssteller	22,00	76 Frontzahn, gnathologisch gestalten	18,00
17 Platzhalter	16,00		
18 Modell doublieren	16,00	Vollkeramik	
19 Fixator	13,00	77 Keramisches Inlay auch Presskeramik, einflächig	122,00
20 Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00	78 Keramisches Inlay auch Presskeramik, zweiflächig	133,00
21 Einstellen im individuellen Artikulator	16,00	79 Keramisches Inlay auch Presskeramik, drei- und mehrflächig	148,00
22 WAX-up, je Zahn	20,00	80 Cerek-Inlay, einflächig (inkl. Cerek-Block)	122,00
23 Montage eines Gegenkiefermodelles	10,00	81 Cerek-Inlay, zweiflächig (inkl. Cerek-Block)	133,00
24 Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay in Praxis	12,00	82 Cerek-Inlay, drei- und mehrflächig (inkl. Cerek-Block)	148,00
25 Auswerten eines Registrates	8,00	83 Teilkrone Keramik	158,00
26 Split – cast	19,00	84 Veneer Keramik	179,00
27 Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00	85 Zirkonkrone/Brückenglied, zur Verblendung	174,00
28 Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00	86 Krone/Brückenglied aus Hartkernkeramik, z. B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	120,00
29 Farbauswahl, Zahnfarbenbestimmung	12,00	87 Krone aus Presskeramik, z. B. Empress	156,00
30 Kunststoffbasis für Zentriregistrat	23,00	88 Krone aus Presskeramik, zur Verblendung	85,00
31 Basis aus Kunststoff	30,00	89 Brückenglied aus Presskeramik z. B. Empress	130,00
32 Individualisieren eines konfkt. Löffels	5,00	90 Brückenglied aus Presskeramik, zur Verblendung	80,00
33 Individueller Funktionslöffel	37,00		
34 Bisswall aus Wachs	13,00	Verbindungselemente	
35 Bisswall aus Kunststoff	20,00	91 Teleskopierende Krone primär	126,00
36 Registrierplatte und -stift für Basen	30,00	92 Teleskopierende Krone sekundär	144,00
37 Formteil für provisorische Versorgung	23,00	93 Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00
38 Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00	94 Zuschlag für Galvanotechnik	60,00
39 Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00	95 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	120,00
40 Gegossene Armierung für prov. Kronen/Brückenglied	44,00	96 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00
41 Arbeiten unter Mikroskop	10,00	97 Gefrästes Lager	61,00
42 Modellimplantat repositionieren	10,00	98 Steg, individuell, Grundeinheit	49,00
43 Versand, je Versandgang	5,00	99 Steg, individuell, Längeneinheit	18,00
44 Implantatpfosten aufschrauben	10,00	100 Steg, konfektioniert, Grundeinheit	82,00
		101 Steg, konfektioniert, Längeneinheit	5,00
Festsitzende Zahnversorgungen		102 Schubverteilungsarm	62,00
45 Angeliferte Modellation gießen	34,00	103 Individuelles Steggeschiebe	72,00
46 Stiftaufbau indirekt	55,00	104 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
47 Wurzelstiftkappe	75,00	105 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
48 Vollgusskrone	90,00	106 Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
49 Gnathologische Kaufläche in Keramik	35,00	107 Friktionsstift einarbeiten	48,00
50 Gnathologische Kaufläche in Metall/Glas	27,00	108 Federbolzen einarbeiten	48,00
51 Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	109 Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00
52 Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	90,00		
53 Mantelkrone Kunststoff	91,00	Herausnehmbare Zahnversorgungen	
54 Galvanokrone	79,00	110 Metallbasis	146,00
55 Brückenglied massiv	64,00	111 Metallbasis, Gitter gegossen	121,00
56 Brückenglied für Keramik-/Kunststoffverblendung	61,00	112 Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00
57 Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	113 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00
58 Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	114 Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00
59 Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00		
60 Onlay/Teilkrone Kunststoff	86,00		

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
115 Bonwillklammer	47,00	175 Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
116 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00	176 Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00
117 Fortlaufende Klammer	13,00	177 Kunststoffsaattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00
118 Gegossene Auflage	17,00	178 Prothese/Krone/Brückenglied säubern und polieren	23,00
119 Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00	179 Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00
120 Sonstige gebogene Haltevorrichtung	23,00		
121 Rückenschutzplatte	51,00	Kieferorthopädie	
122 Metallzahn/Metallkaufäche	48,00	180 Basis Einzelkiefergerät	57,00
123 Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00	181 Basis bimaxilläres Gerät	120,00
124 Lösungsknopf für abnehmbare Brücke	10,00	182 Schiefe Ebene	47,00
125 Lösungsknopf für Krone oder Inlay	3,00	183 Vorhofplatte	63,00
126 Lösungsknopf für Friktionsprothese gegossen	10,00	184 Kinnkappe	57,00
127 Lösungsknopf für Friktionsprothese gebogen	8,00	185 Aufbiss	11,00
128 Kragenfassung	14,00	186 Abschirmelement	20,00
Metallverbindungen/Verbundsysteme		187 Weichkunststoff (KFO)	53,00
129 Lötung gleicher Legierungen	15,00	188 Schraube einarbeiten	17,00
130 Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	189 Spezialschraube einarbeiten	26,00
131 Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	190 Trennen einer Basis	7,00
132 Lötung nach keramischen Brand	28,00	191 Labialbogen	23,00
133 Verklebung von Sekundärteilen	13,00	192 Labialbogen modifiziert	28,00
134 Deckgold aufbrennen	10,00	193 Labialbogen intermaxiär	33,00
135 Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	10,00	194 Feder, offen	10,00
Kunststoff/Totalprothetik		195 Feder, geschlossen	12,00
136 Aufstellung Grundeinheit	48,00	196 Verbindungselement/intramaxiär	25,00
137 Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	197 Verbindungs- oder Führungselement/intermaxiär	26,00
138 Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	198 Verankerungselement	24,00
139 Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00	199 Einzelement einarbeiten	12,00
140 Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	200 Metallverbindung (KFO)	17,00
141 Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00	201 Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
142 Fertigstellung Grundeinheit	76,00	202 Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
143 Fertigstellung je Zahn, Kunststoff/Metallbasis	6,00	203 Grundeinheit/Instandsetzung KFO	19,00
144 Basis aus Weichkunststoff	80,00	204 Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,00
145 Netz einarbeiten	47,00	205 Remontieren KFO-Gerät	51,00
146 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00		
147 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00	* zuzüglich der jeweils gesetzlichen MwSt.	
148 Reokkludieren einer Prothese	13,00	Stand 04/2010	
Schienen/Defektversorgungen			
149 Minioplastschiene	76,00		
150 Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00		
151 Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Semipermanente Schiene	137,00		
152 Adjustierte Aufbisschiene	177,00		
153 Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00		
154 Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00		
155 Verband- oder Verschlussplatte	76,00		
Implantatprothetik			
156 Implantatschablone	45,00		
157 Parallelbohrschablone	59,00		
158 Röntgen Kugeln positionieren	3,00		
159 CT-Schiene	60,00		
160 Hilfsteil in Abdruck positionieren	11,00		
161 Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	39,00		
162 Verschraubung/Verbolzen bei Implantaten	38,00		
163 Drehsicherungsstop	18,00		
164 Implantataufbau f. Keramikverblendung	91,00		
165 Implantataufbau Vollguss	91,00		
166 Implantataufbau f. Stegversorgung	91,00		
167 Krone aus Hartkernkeramik, z. B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	120,00		
168 Zirkonkrone, zur Verblendung	174,00		
Instandsetzung Zahnersatz			
169 Teilunterfütterung	48,00		
170 Vollständige Unterfütterung	83,00		
171 Basis erneuern	101,00		
172 Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00		
173 Sprung/Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00		
174 Riss/Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00		

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

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.

2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung			
1 Modell (aus Hartgips)	10,00	61 Inlay, einflächig, Metall	81,00
2 Sägemodell (Superhartgips)	18,00	62 Inlay, zweiflächig, Metall	82,00
3 Set-up-Modell	10,00	63 Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	99,00
4 Modellpaar sockeln	24,00	64 Onlay/Teilkrone Metall	99,00
5 Kontrollmodell	8,00	65 Pinledge incl. angussfähigem Pin	91,00
6 Set-up, je Segment	13,00	66 Galvanoinlay, einflächig	90,00
7 Frässockel	11,00	67 Galvanoinlay, zweiflächig	96,00
8 Zahnkranz	13,00	68 Galvanoinlay, drei- und mehrflächig	101,00
9 Angelieferten Zahnkranz sockeln	9,00	69 Galvanoteilkrone	84,00
10 Stumpf aus Kunststoff/Frässtumpf	10,00	70 Verblendung Keramik	96,00
11 Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	16,00	71 Individuelles Charakterisieren, Keramik	27,00
12 Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	72 Zahnfleisch/Wurzelpontic, Keramik 38,00	
13 Einzelstumpf doublieren	10,00	73 Keramikschulter	27,00
14 Ausblocken eines Stumpfes	3,00	74 Verblendung Kunststoff	70,00
15 Stumpf reponieren	5,00	75 Krone oder Brückenglied für Klammer vorbereiten	12,00
16 Indiv. Frontzahnführungssteller	22,00	76 Krone usw. in vorhandenen Zahnersatz einarbeiten	18,00
17 Platzhalter	16,00	77 Auflage in/auf Krone	10,00
18 Modell doublieren	16,00		
19 Fixator	13,00	Vollkeramik	
20 Einstellen im Mittelwertartikulator	15,00	78 Vollkeramikkrone/-brückenglied zur Verblendung	174,00
21 Einstellen im individuellen Artikulator	16,00	79 Keramisches Inlay, einflächig	122,00
22 Modellpaar trimmen	13,00	80 Keramisches Inlay, zweiflächig	133,00
23 Montage eines Gegenkiefermodelles	10,00	81 Keramisches Inlay, drei- und mehrflächig	148,00
24 Auswerten eines Registrates	8,00	82 Teilkrone Keramik	158,00
25 Remontagemodell	30,00	83 Veneer Keramik	179,00
26 Split – cast	19,00		
27 Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	23,00	Verbindungselemente	
28 Zahnfleischmaske je Kiefer	28,00	84 Teleskopierende Krone primär	126,00
29 Farbauswahl	12,00	85 Teleskopierende Krone sekundär	144,00
30 Kunststoffbasis für Zentrikregistrat	23,00	86 Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	139,00
31 Basis aus Kunststoff	30,00	87 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	120,00
32 Individualisieren eines konfkt. Löffels	5,00	88 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	125,00
33 Individueller Funktionslöffel	37,00	89 Geprüftes Lager	61,00
34 Bisswall aus Wachs	13,00	90 Steg, individuell, Grundeinheit	49,00
35 Bisswall aus Kunststoff	20,00	91 Steg, individuell, Längeneinheit	18,00
36 Registrierplatte und -stift für Basen	30,00	92 Steg, konfektioniert	82,00
37 Formteil für provisorische Versorgung	23,00	93 Schubverteilungsarm	62,00
38 Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00	94 Individuelles Steggeschiebe	72,00
39 Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	35,00	95 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	80,00
40 Gegossene Armierung für prov. Kronen/Brückenglied	44,00	96 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	80,00
41 Arbeiten unter Mikroskop	10,00	97 Konfektioniertes Verbindungselement	121,00
42 Modellimplantat repositionieren	10,00	98 Friktionsstift einarbeiten	48,00
43 Implantatpfosten aufschrauben	10,00	99 Federbolzen einarbeiten	48,00
		100 Schwenkriegel, Drehriegel komplett	201,00
Festsitzende Zahnversorgungen			
44 Angelierte Modellation gießen	34,00	Herausnehmbare Zahnversorgungen	
45 Stiftaufbau indirekt	55,00	101 Metallbasis	146,00
46 Wurzelstiftkappe	75,00	102 Metallbasis, Gitter gegossen	121,00
47 Vollgusskrone	90,00	103 Einarmige gegossene Haltevorrichtung	15,00
48 Gnathologische Kaufläche in Keramik/Glas	35,00	104 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,00
49 Gnathologische Kaufläche in Metall/Gold	27,00	105 Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	28,00
50 Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	75,00	106 Bonwillklammer	47,00
51 Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	90,00	107 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	40,00
52 Mantelkrone Kunststoff	91,00	108 Fortlaufende Klammer	13,00
53 Galvanokrone	79,00	109 Gegossene Auflage	17,00
54 Brückenglied massiv	64,00	110 Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	10,00
55 Brückenglied für Keramik-/Kunststoffverblendung	61,00	111 Sonstige gebogene Haltevorrichtung	23,00
56 Galvanobrückenglied	63,00	112 Rückenschutzplatte	51,00
57 Inlay, einflächig, Kunststoff	55,00	113 Metallzahn/Metallkaufläche	148,00
58 Inlay, zweiflächig, Kunststoff	66,00	114 Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
59 Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	81,00		
60 Onlay/Teilkrone Kunststoff	86,00		

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
115 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer	24,00	174 Weichkunststoff (KFO)	53,00
116 Lösungsknopf	17,00	175 Schraube einarbeiten	17,00
117 Individuelle Zahnfleischgestaltung	43,00	176 Spezialschraube einarbeiten	26,00
118 Kragenfassung	14,00	177 Trennen einer Basis	7,00
Metallverbindungen/Verbundsysteme		178 Labialbogen	23,00
119 Lötung gleicher Legierungen	15,00	179 Labialbogen modifiziert	28,00
120 Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	18,00	180 Labialbogen intermaxillär	33,00
121 Lötung unterschiedlicher Legierungen	18,00	181 Feder, offen	10,00
122 Lötung nach keramischen Brand	28,00	182 Feder, geschlossen	12,00
123 Verklebung von Sekundärteilen	13,00	183 Verbindungselement/intramaxillär	25,00
124 Deckgold aufbrennen	10,00	184 Verbindungs- oder Führungselement/intermaxillär	26,00
125 Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	10,00	185 Verankerungselement	24,00
Kunststoff/Totalprothetik		186 Einzelement einarbeiten	12,00
126 Aufstellung Grundeinheit	48,00	187 Metallverbindung (KFO)	17,00
127 Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	7,00	188 Einarmiges Halte- oder Abstützelement	10,00
128 Aufstellung je Zahn, Metallbasis	8,00	189 Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	18,00
129 Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00	190 Grundeinheit/Instandsetzung KFO	19,00
130 Umstellen je Zahn, Wachsbasis	7,00	191 Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,00
131 Umstellen je Zahn, Metallbasis	7,00	192 Remontieren KFO-Gerät	51,00
132 Fertigstellung Grundeinheit	76,00		
133 Fertigstellung je Zahn, Kunststoff/Metallbasis	6,00		
134 Basis aus Weichkunststoff	80,00		
135 Netz einarbeiten	47,00		
136 Konfektionierten Verstärkungsbügel einarbeiten	47,00		
137 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	23,00		
138 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	23,00		
139 Reokkludieren einer Prothese	13,00		
Schienen/Defektversorgung			
140 Miniplastschiene	76,00		
141 Umarbeiten Aufbissbehelf	105,00		
142 Knirscherschiene, Bissführungsplatte, semipermanente Schiene	137,00		
143 Adjustierte Aufbisssschiene	177,00		
144 Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	71,00		
145 Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	7,00		
146 Verband- oder Verschlussplatte	76,00		
Implantatprothetik			
147 Implantatschablone	45,00		
148 Parallelbohrschablone	59,00		
149 Röntgen Kugeln positionieren	3,00		
150 Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	39,00		
151 Verschraubung/Verbolzen bei Implantaten	38,00		
152 Drehsicherungsstop	18,00		
153 Implantataufbau für Keramikverblendung	91,00		
154 Implantataufbau Vollguss	91,00		
155 Implantataufbau für Stegversorgung	91,00		
Instandsetzung Zahnersatz			
156 Teilunterfütterung	48,00		
157 Vollständige Unterfütterung	83,00		
158 Basis erneuern	101,00		
159 Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	38,00		
160 Sprung/Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	10,00		
161 Riss/Bruch Metall, Leistungseinheit	28,00		
162 Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	13,00		
163 Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	13,00		
164 Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	21,00		
165 Prothese/Krone/Brückenglied säubern und polieren	23,00		
166 Kronen-, Brückengliedreparatur	43,00		
Kieferorthopädie			
167 Basis Einzelkiefergerät	57,00		
168 Basis bimaxilläres Gerät	120,00		
169 Schiefe Ebene	47,00		
170 Vorhofplatte	63,00		
171 Kinnkappe	57,00		
172 Aufbiss	11,00		
173 Abschirmelement	20,00		

* zuzüglich der jeweils gesetzlichen MwSt.

Stand 04/2010

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

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.

2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung			
1 Modell (aus Hartgips)	9,00	61 Galvanoinlay, einflächig	76,00
2 Modell (Superhartgips)	13,00	62 Galvanoinlay, zweiflächig	81,00
3 Sägemodell (Superhartgips)	16,00	63 Galvanoinlay, drei- und mehrflächig	85,00
4 Set-up-Modell	9,00	64 Galvanoteilkrone	71,00
5 Kontrollmodell	7,00	65 Verblendung Keramik	81,00
6 Set-up, je Segment	11,00	66 Individuelles Charakterisieren, Keramik	23,00
7 Frässockel	10,00	67 Zahnfleisch/Wurzelpontic, Keramik	32,00
8 Zahnkranz	11,00	68 Keramikschulter	23,00
9 Angelieferten Zahnkranz sockeln	8,00	69 Verblendung Kunststoff	59,00
10 Stumpf aus Kunststoff/Frässtumpf	9,00	70 Teilverblendung Keramik	63,00
11 Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	14,00	71 Teilverblendung Kunststoff	48,00
12 Stumpf aus feuerfester Masse	16,00	71a Veneer	143,00
13 Einzelstumpf doublieren	9,00		
14 Ausblocken eines Stumpfes	3,00	Verbindungselemente	
15 Stumpf reponieren	5,00	72 Teleskopierende Krone primär	106,00
16 Indiv. Frontzahnführungssteller	19,00	73 Teleskopierende Krone sekundär	121,00
17 Platzhalter	14,00	74 Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	117,00
18 Modell doublieren	14,00	75 Zuschlag für Galvanotechnik	51,00
19 Fixator	11,00	76 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	101,00
20 Einstellen im Mittelwertartikulator	13,00	77 Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	105,00
21 Einstellen im individuellen Artikulator	14,00	78 Gefrästes Lager	52,00
22 Wax up, je Zahn	17,00	79 Steg, individuell, Grundeinheit	42,00
23 Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	80 Steg, individuell, Längeneinheit	16,00
24 Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay in Praxis	11,00	81 Steg, konfektioniert, Grundeinheit	69,00
25 Auswerten eines Registrates	7,00	82 Steg, konfektioniert, Längeneinheit	5,00
26 Split – cast	16,00	83 Schubverteilungsarm	53,00
27 Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	20,00	84 Individuelles Steggeschiebe	61,00
28 Zahnfleischmaske je Kiefer	24,00	85 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	68,00
29 Kunststoffbasis für Zentriregistrat	20,00	86 Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	68,00
30 Basis aus Kunststoff	26,00	87 Konfektioniertes Verbindungselement	102,00
31 Individualisieren eines konfkt. Löffels	5,00	88 Friktionsstift einarbeiten	41,00
32 Individueller Funktionslöffel	32,00	89 Federbolzen einarbeiten	41,00
33 Bisswall aus Wachs	11,00	90 Schwenkriegel, Drehriegel komplett	169,00
34 Bisswall aus Kunststoff	17,00		
35 Registrierplatte und -stift für Basen	26,00	Herausnehmbare Zahnversorgungen	
36 Formteil für provisorische Versorgung	20,00	91 Metallbasis	123,00
37 Aufst. fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	5,00	92 Metallbasis, Gitter gegossen	102,00
38 Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	30,00	93 Einarmige gegossene Haltevorrichtung	13,00
39 Gegossene Armierung für prov. Kronen/Brückenglied	37,00	94 Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	21,00
40 Modellimplantat repositionieren	9,00	95 Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	24,00
41 Versand, je Versandgang	5,00	96 Bonwillklammer	40,00
42 Implantatpfosten aufschrauben	9,00	97 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	34,00
		98 Fortlaufende Klammer	11,00
Festsitzende Zahnversorgungen		99 Gegossene Auflage	15,00
43 Angelieferte Modellation gießen	29,00	100 Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	9,00
44 Stiftaufbau indirekt	47,00	101 Sonstige gebogene Haltevorrichtung	20,00
45 Wurzelstiftkappe	63,00	102 Rückenschutzplatte	43,00
46 Vollgusskrone	76,00	103 Metallzahn/Metallkaufäche	41,00
47 Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	63,00	104 Unterfütterbarer Abschlussrand	17,00
48 Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	76,00	105 Lösungsknopf für abnehmbare Brücke	9,00
49 Mantelkrone Kunststoff	77,00	106 Lösungsknopf für Krone oder Inlay	3,00
50 Galvanokrone	67,00	107 Lösungsknopf für Friktionsprothese gegossen	9,00
51 Brückenglied massiv	54,00	108 Lösungsknopf für Friktionsprothese gebogen	7,00
52 Brückenglied für Keramik-/Kunststoffverblendung	52,00	109 Kragenfassung	12,00
53 Inlay, einflächig, Kunststoff	47,00		
54 Inlay, zweiflächig, Kunststoff	56,00	Metallverbindungen/Verbundsysteme	
55 Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	69,00	110 Lötung gleicher Legierungen	13,00
56 Onlay/Teilkrone Kunststoff	73,00	111 Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	16,00
57 Inlay, einflächig, Metall	69,00	112 Lötung unterschiedlicher Legierungen	16,00
58 Inlay, zweiflächig, Metall	69,00	113 Lötung nach keramischen Brand	24,00
59 Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	84,00		
60 Onlay/Teilkrone Metall	84,00		

Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*	Pos. Leistungsbeschreibung /-inhalt	Bis zu Euro*
114 Verklebung von Sekundärteilen	11,00	175 Verbindungselement/intramaxillär	21,00
115 Deckgold aufbrennen	9,00	176 Verbindungs- oder Führungselement/intermaxillär	22,00
116 Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	9,00	177 Verankerungselement	21,00
Kunststoff/Totalprothetik		178 Einzelelement einarbeiten	11,00
117 Aufstellung Grundeinheit	41,00	179 Metallverbindung (KFO)	15,00
118 Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	6,00	180 Einarmiges Halte- oder Abstützelement	9,00
119 Aufstellung je Zahn, Metallbasis	7,00	181 Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	16,00
120 Übertragung je Zahn, Metallbasis	5,00	182 Grundeinheit/Instandsetzung KFO	16,00
121 Umstellen je Zahn, Wachsbasis	6,00	183 Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	7,00
122 Umstellen je Zahn, Metallbasis	6,00	184 Remontieren KFO-Gerät	43,00
123 Fertigstellung Grundeinheit	64,00	Vollkeramik	
124 Fertigstellung je Zahn, Kunststoff/Metallbasis	5,00	185 Keramisches Inlay, auch Presskeramik, einflächig	105,00
125 Basis aus Weichkunststoff	68,00	186 Keramisches Inlay, auch Presskeramik, zweiflächig	115,00
126 Netz einarbeiten	40,00	187 Keramisches Inlay, auch Presskeramik, dreiflächig	128,00
127 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	20,00	188 Teilkrone Keramik	136,00
128 Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	20,00	189 Zirkonkrone/Brückenglied zur Verblendung	150,00
129 Reokkludieren einer Prothese	11,00		
Schienen/Defektversorgung			
130 Miniplastschiene	64,00		
131 Umarbeiten Aufbissbehelf	89,00		
132 Knirscherschiene, Bissführungsplatte, semipermanente Schiene	116,00		
133 Adjustierte Aufbissschiene	149,00		
134 Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	60,00		
135 Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	6,00		
136 Verband- oder Verschlussplatte	64,00		
Implantatprothetik			
137 Implantatschablone	38,00		
138 Parallelbohrschablone	50,00		
139 Röntgen Kugeln positionieren	3,00		
140 CT-Schiene	51,00		
141 Hilfsteil in Abdruck positionieren	10,00		
142 Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	33,00		
143 Verschraubung/Verbolzen bei Implantaten	32,00		
144 Drehsicherungsstop	16,00		
145 Implantataufbau für Keramikverblendung	77,00		
146 Implantataufbau Vollguss	77,00		
147 Implantataufbau für Stegversorgung	77,00		
Instandsetzung Zahnersatz			
148 Teilunterfütterung	41,00		
149 Vollständige Unterfütterung	70,00		
150 Basis erneuern	85,00		
151 Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	32,00		
152 Sprung/Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	9,00		
153 Riss/Bruch Metall, Leistungseinheit	24,00		
154 Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	11,00		
155 Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	11,00		
156 Kunststoff sattel, Lösen u. Wiederbefestigen	18,00		
157 Prothese/Krone/Brückenglied säubern und polieren	20,00		
158 Kronen-, Brückengliedreparatur	37,00		
Kieferorthopädie			
159 Basis Einzelkiefergerät	48,00		
160 Basis bimaxilläres Gerät	101,00		
161 Schiefe Ebene	40,00		
162 Vorhofplatte	53,00		
163 Kinnkappe	48,00		
164 Aufbiss	10,00		
165 Abschirmelement	17,00		
166 Weichkunststoff (KFO)	45,00		
167 Schraube einarbeiten	15,00		
168 Spezialschraube einarbeiten	22,00		
169 Trennen einer Basis	6,00		
170 Labialbogen	20,00		
171 Labialbogen modifiziert	24,00		
172 Labialbogen intermaxillär	28,00		
173 Feder, offen	9,00		
174 Feder, geschlossen	11,00		

* zuzüglich der jeweils gesetzlichen MwSt.

Stand 04/2010

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif KGU

Teil I Allgemeine Bestimmungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Unfälle. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Der Versicherer kann die Annahme des Versicherungsantrages ablehnen oder von besonderen Bedingungen (z. B. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen) abhängig machen, insbesondere wenn das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht ist.
- (3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (4) Muss die Heilbehandlung auf eine Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammen hängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland.
- (7) 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.

§ 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.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen von Versicherungsbeginn an. Die Wartezeit beträgt einen Monat.
- (2) Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Als Leistungen der Heilbehandlung gelten die in den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Hebammen aufgeführten Positionen, die dem Grunde nach erstattungspflichtig sind.
- Diese werden bis zu den in oben genannten Gebührenordnungen bzw. Gebührenverzeichnissen festgelegten Höchstsätzen erstattet, sofern der Tarif nichts anderes vorseht. Nicht erstattet werden Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind.
- (3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich oder telefonisch zugesagt hat.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden angefallen wäre.
- (5) Bei teilstationärer Behandlung werden die Kosten erstattet. Krankenhaustagegelder und Ersatzleistungen werden in halber tariflicher Höhe gezahlt. Teilstationäre Behandlung ist eine stationäre Behandlung, die nicht ganztägig (24 Stunden) durchgeführt wird.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Unfälle einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich im Versicherungsschutz anerkannt sind;
- b) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung aus-

geschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

(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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Nachweise:
Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.
- Die Belege der in den Bedingungen genannten Behandler müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung (Diagnose), die Angabe der einzelnen Leistungen mit Nummern der angewandten Gebührenordnung sowie der jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.
- (3) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.03. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
- (5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird von 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)
- a) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif bzw. in die betreffende Tarifklasse und dem Geburtsjahr.
- b) Für die versicherte Person, die das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag des Alters zu zahlen, das die versicherte Person dann erreicht hat. Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis vorzulegen.
- (3) Der erste Beitrag, bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Liegt das Datum des Versicherungsbeginns nach dem in Abs. 3 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (7) Die Mahnkosten betragen 1,53 Euro pro rückständige Beitragsrate.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum

Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 9 Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Art der Sachversicherung und richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter einer versicherten Person. Sie ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend dem nachgewiesenen Bedarf ändern.

(3) 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.

§ 10 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 % oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend dem nachgewiesenen Bedarf 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 Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 11 Obliegenheiten

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt genannte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) 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.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2-4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 14 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre fest geschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigt.

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

(3) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

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

(6) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen 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.

(7) 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.

(8) 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.

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

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

(2) Darüber hinaus endet der Versicherungsvertrag mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.

(3) Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 15 Abs. 8 gilt entsprechend.

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

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als in § 1 Abs. 7 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 19 Gerichtsstand

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

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

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

§ 20 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten 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 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) Änderungen nach Abs. 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.

(4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 2 gilt entsprechend.

Gültig ab 01/2008

KGU für stationäre Krankenhausbehandlung bei Unfall Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung in Deutschland bei Unfall

Tarif/Klasse	KGU
<p>A Leistungen des Versicherers</p> <p>Wartezeiten</p> <p>Leistungsausschluss</p> <p>Obliegenheiten</p>	<p>1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die unmittelbaren Folgen eines Unfalles, soweit eine Krankenhausbehandlung in Deutschland medizinisch notwendig wird. Eine Leistung der Grundversicherung ist Voraussetzung für die Kostenerstattung nach Tarif KGU. Als Grundversicherung gelten dabei sowohl eine deutsche gesetzliche Kranken- bzw. gesetzliche Unfallversicherung, und eine private Krankheitskostenvollversicherung oder -restkostenversicherung.</p> <p>Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Grundversicherung verbleibenden</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kosten für gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer – Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarzt- und Belegarztbehandlung) – Kosten eines medizinisch notwendigen Transports innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus – Kosten der täglichen Zuzahlung nach § 39 (4) SGBV (nur bei gesetzlich Versicherten) – Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, falls der Versicherte ein anderes als in der Einweisung genanntes Vertragskrankenhaus gemäß § 108 SGBV wählt (nur bei gesetzlich Versicherten). <p>Die Leistungspflicht für Folgebehandlungen des Unfallereignisses endet nach Ablauf von 24 Monaten.</p> <p>2. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsstörung erleidet. Als Unfälle gelten auch Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist.</p> <p>Als Unfälle gelten nicht:</p> <p>Berufs- und Gewerkrankheiten; Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung; Folgen von Selbsttötungsversuchen, Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Zeckenbisse; Mückenstiche; Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten; Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht, Temperatur- und Witterungseinflüsse.</p> <p>3. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle und deren Folgen, die ursächlich durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle und deren Folgen, die durch Schlaganfälle und Herzinfarkte, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, hervorgerufen wurden.</p> <p>4. Kein Versicherungsschutz besteht zudem für Unfälle und deren Folgen, die bei Ausübung von Extremsportarten eingetreten sind. Extremsportarten, die unter diesen Leistungsausschluss fallen sind zum Beispiel: Bungeejumping, Drachenfiegen, Motorsport, Skin-Diving (Tauchen ohne Geräte), B.A.S.E Jumping, House Running, Free Climbing, Hydrospeed, Scad-Diving, Sky-Surfing, Canyoning, Rafting, Fallschirmspringen, Boxen und andere Kampfsportarten.</p> <p>Die Wartezeit beträgt einen Monat vom Versicherungsbeginn an gerechnet.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht im Tarif KGU für Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Ebenfalls besteht keine Leistungspflicht für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Tarifes KGU eingetreten sind, und die dem Versicherer bei Vertragsabschluss nicht angezeigt wurden.</p> <p>Jeder Unfall ist binnen 10 Tagen ab Unfallereignis anzuzeigen. Die Frist beginnt mit dem Tage, der auf das Unfallereignis folgt.</p>
<p>B Ersatzleistung/Eigenbeteiligung</p>	<p>1) Nehmen Versicherte des Tarifes KGU versicherte Leistungen nicht in Anspruch, wird als Ersatzleistung ein Krankenhaustagegeld (KHT) gezahlt. Im Einzelnen gilt:</p> <p>Verzicht auf gesondert berechnete ärztliche Behandlung: Ersatzleistung KHT: 34,- Euro pro Tag</p> <p>Verzicht auf gesondert berechnete Unterbringung: Ersatzleistung KHT: 24,- Euro pro Tag</p> <p>2) Beansprucht ein Versicherter dagegen die gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer, so hat er einen täglichen Eigenanteil von 40,- Euro zu tragen.</p>
<p>C Zusatzleistung für eine Begleitperson bei Kindern</p>	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft einer das Kind begleitenden Bezugsperson entstehen.</p> <p>Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat sein 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Bezugsperson ist nach einem AXA Krankenhauskostentarif versichert. 3. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 BPFIV abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>
<p>D Höchstaufnahmealter</p>	<p>Aufnahmefähig im Tarif KGU sind Personen, die das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>
<p>E Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Nicht versicherungsfähig sind Profisportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50 % ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.</p>
<p>F Ende der Versicherung nach Tarif KGU</p>	<p>Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit für eine versicherte Person endet die Versicherung nach Tarif KGU für diese Person mit Ablauf des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit für diese Person wegfällt.</p>
<p>G Mindestvertragsdauer</p>	<p>Die Mindestvertragsdauer im Tarif KGU beträgt 2 Jahre, es sei denn, die Versicherungsfähigkeit endet früher.</p>

H Fortführung der Versicherung nach Tarif KG2 (Option)

Mit Vollendung des 40. Lebensjahres wird die Versicherung im Tarif KG 2 oder – sofern Versicherungsfähigkeit besteht – im Tarif KGH 2 fortgeführt. Die Umstellung erfolgt zum 1. des Monats, der der Vollendung des 40. Lebensjahres folgt.

Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten für sich und jede mitversicherte Person zu Beginn des 6. Versicherungsjahres die Versicherung nach Tarif KGU in eine Versicherung nach Tarif KG 2 bzw. KGH 2 umzustellen. Der Umstellungsantrag muss spätestens bis zum 31.12. des 5. Versicherungsjahres beim Versicherer eingegangen sein. Die Umstellung erfolgt dann zum 01.01. des Folgejahres zu dem Beitrag des dann geltenden Eintrittsalters zuzüglich eventueller versicherungsmedizinischer Zuschläge, die sich aus den nachfolgend beschriebenen Regelungen ergeben.

Sofern vereinbart, behält sich der Versicherer vor bei Umstellung des Tarifes KGU in die Tarife KG 2 oder KGH 2 Erschwerungen in Form von versicherungsmedizinischen Zuschlägen, Leistungsausschlüssen oder Leistungseinschränkungen zu erheben. Die Berechnung von versicherungsmedizinischen Zuschlägen und die Festsetzung etwaiger Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen erfolgen auf der Grundlage des Gesundheitszustandes bei Abschluss der Versicherung nach Tarif KGU. Zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen bleiben hierbei außer Betracht.

Gültig in Verbindung mit AVB für Tarif KG-Unfall, Teil I Allgemeine Bedingungen.

Gültig ab 01/2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1-18

Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG (TB) Nr. 1-33

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.

Nr. 1 Besondere Bedingungen

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

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

Nr. 2 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die

- ihren Beruf als Selbstständige ausüben, regelmäßige Einkünfte erzielen und einkommenssteuerpflichtig sind (Selbstständige), wenn und solange die zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit erforderlichen sachlichen Voraussetzungen fortbestehen,
- gegen Entgelt in einem Arbeitsverhältnis stehen (Arbeitnehmer).

Personen in einem Zeitarbeitsverhältnis sind nicht versicherungsfähig. Einkünfte aus Nebentätigkeiten sind nicht versicherungsfähig.

Die Versicherungsfähigkeit endet, wenn der Versicherungsnehmer Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente hat.

Arbeitnehmer können nur in Tarifen mit mindestens 42 Karenztage – leistungsfreie Tage – seit Beginn einer Arbeitsunfähigkeit versichert werden.

(2) Die Versicherungsfähigkeit kann im Tarif näher bestimmt werden.

(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.

Nr. 3 Leistungsvoraussetzungen, Teil-Arbeitsunfähigkeit

(1) Krankentagegeld wird für die nach Ablauf der Karenzzeit noch bestehende Dauer einer Arbeitsunfähigkeit gezahlt, in der die versicherte Person nach medizinischem Befund völlig arbeitsunfähig ist und keinerlei, auch nicht teilweiser Erwerbstätigkeit nachgeht.

(2) Bei Arbeitnehmern wird Krankentagegeld im Rahmen einer beruflichen stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX auch gezahlt, wenn keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

Die Zahlung erfolgt bis zum Ende der Wiedereingliederung, längstens jedoch für insgesamt 6 Monate. Voraussetzung der Leistung ist, dass der Versicherungsnehmer eine Bestätigung des Arbeitgebers einreicht, aus der sich ergibt, ob und in welcher Höhe Vergütung gezahlt wird. Gezahlte Vergütungen werden insoweit angerechnet. Nr. 3 Abs. 3 und 4 findet insoweit keine Anwendung.

(3) Der Versicherer leistet auch anteilig bei Teil-Arbeitsunfähigkeit.

Teil-Arbeitsunfähigkeit liegt vor,

- a) wenn im unmittelbaren Anschluss an eine mindestens 14-tägige vollständige Arbeitsunfähigkeit gem. § 1 Abs. (3) MB/KT 2009 die berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund wieder teilweise aufgenommen wird bzw. werden kann und
 - b) solange die ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit noch mindestens 50 % beträgt.
- (4) Bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit wird höchstens für 6 Wochen geleistet. Der Krankentagegeldanspruch richtet sich nach dem ärztlich bescheinigten Grad der teilweisen Arbeitsunfähigkeit und wird anteilig ausgezahlt.

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

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

(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 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.

Nr. 4 Ausland

(1) Für Arbeitnehmer wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt.

(2) Für Selbstständige wird der in § 1 Abs. (6) MB/KT 2009 auf Deutschland beschränkte Versicherungsschutz auf das europäische Ausland ausgedehnt, solange nach medizinischem Befund eine Rückkehr an den Wohnsitz in Deutschland ausgeschlossen ist. Dabei wird das Krankentagegeld nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, frühestens jedoch ab dem 22. Tag einer im europäischen Ausland eingetretenen Arbeitsunfähigkeit und längstens für 30 Tage gezahlt.

(3) Die in § 1 Abs. (7) MB/KT 2009 für das europäische Ausland bei stationärer Behandlung vorgesehene Leistung wird weltweit für alle versicherten Personen gezahlt.

(4) Soweit der Versicherungsschutz uneingeschränkt auf Europa ausgedehnt ist, entfällt die Beschränkung nach § 5 Abs. (1) f MB/KT 2009 auf den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Als gewöhnlicher Aufenthalt gilt dann der in einem europäischen Land.

§ 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.

Nr. 5 entfällt

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarungen 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.

Nr. 6 Wartezeitverzicht

(1) Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der besonderen Wartezeiten. Darüber hinaus verzichtet er auch auf die Einhaltung der allgemeinen Wartezeiten, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei nachweislich unmittelbarem Übertritt aus der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung schließt der Versicherungsschutz direkt an die Vorversicherung an.

(3) Wenn und soweit Wartezeiten vorgesehen sind, können diese aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen werden. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller. Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragstellung, gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeit wird dann nicht erlassen.

Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

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

Nr. 7 Erhöhung des Krankentagegeldes

(1) Der Versicherer bietet für Versicherte mit einer Krankheitskostenvollversicherung jeweils am Jahresanfang befristet und ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung des Krankentagegeldes an.

Das Erhöhungsangebot des Versicherers orientiert sich an der Steigerung der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Sozialversicherung und ist auf 5% des versicherten Krankentagegeldes begrenzt. Der Betrag wird auf volle 5,- Euro gerundet. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise anzunehmen oder, wenn er nach mehreren Tarifen mit unterschiedlichen Karenzzeiten versichert ist, anders zu verteilen. Er darf das Erhöhungsangebot nicht annehmen, wenn sich das Nettoeinkommen (vgl. Nr. 10 der Tarifbedingungen) der versicherten Person nicht erhöht hat.

Erhöhungsangebote des Versicherers unterbleiben, sobald die Höchstgrenze von 200,- Euro erreicht ist. Der Versicherer wird die mögliche Anpassung der Höchstgrenze aufgrund der Einkommensentwicklung einer regelmäßigen Überprüfung unterziehen und, soweit eine Anpassung erforderlich erscheint, mit Zustimmung des juristischen Treuhänders anpassen.

(2) Darüber hinaus kann die versicherte Person Anpassung des Krankentagegeldes beantragen, wenn sich das Nettoeinkommen aus der beruflichen Tätigkeit erhöht hat. Das Krankentagegeld kann im Verhältnis der aktuellen Steigerung des Nettoeinkommens höher versichert werden. Dem Antrag ist ein Nachweis über die aktuelle Veränderung des Nettoeinkommens beizufügen. Sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach der Veränderung gestellt wird, entfallen Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

(3)

a) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz mehr als drei Jahre, verzichtet der Versicherer bei Erhöhung des Versicherungsschutzes um nicht mehr als 30% bzw. Tarifwechsel innerhalb der gleichen Versicherungsart auf die Einhaltung der Wartezeiten.

b) Besteht bei Tarifen, für die Wartezeiten vorgesehen sind, ein Versicherungsschutz keine drei Jahre oder ist die Erhöhung mehr als 30%, gilt § 3 MB/KT 2009 sinngemäß für die Mehrleistung aus dem neuen Versicherungsschutz. Diese Einschränkung entfällt, soweit der Versicherungsschutz aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfanges erhöht wird.

(4) Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der in den TB Nr. 3a), b) geregelten Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.

(5) Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.

(6) Bei Änderung der Gehaltsfortzahlung einer versicherten Person gilt Nr. 9 der Tarifbedingungen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Nr. 8 Leistungsdauer/-höhe

(1) Das versicherte Krankentagegeld wird von dem im Tarif festgelegten Zeitpunkt – Ablauf der Leistungsfreien Tage (Karenzzeit) – an gezahlt, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Bei Arbeitnehmern werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen, die der Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenrechnen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet.

(3) Bei selbstständig Tätigen werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung bzw. derselben Unfallfolgen hinsichtlich der Karenzzeit zusammengerechnet, wenn zwischen den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht mehr als 28 Tage liegen und die wiederholte Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche ab Beginn dem Versicherer durch ärztliches Attest mitteilt. Eine Anrechnung erfolgt nur bei Tarifen mit mindestens 21 Karenztagen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herführende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Nr. 8a

Maßgeblich für Berechnung des Nettoeinkommens ist abweichend von § 4 Abs. 2 MB/KT 2009 ausschließlich der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

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

Nr. 9 Entgeltfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

(2) Bei Arbeitnehmern wird die Karenzzeit im Falle der Änderung der Entgeltfortzahlung im bestehenden Tarifsystem ohne Risikoprüfung angepasst, wenn der Nachweis innerhalb zweier Monaten nach Änderung erbracht wird.

Diese Regelung entfällt, wenn die versicherte Person angestellter Geschäftsführer einer juristischen Person und gleichzeitig Gesellschafter derselben ist.

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

Nr. 10 Nettoeinkommen/Nachweis

(1) Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgeltes als Nettoeinkommen versicherbar.

(2) Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind 80% der Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb bzw. Land- und Forstwirtschaft nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes versicherbar.

(3) Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Vertragsbeginn aufgrund von durchschnittlichen Erfahrungswerten vereinbarter Betrag.

(4) Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

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

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

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

(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. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 11a Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

Abweichend von § 4 Abs. 9 MB/KT 2009 wird das tarifliche Krankentagegeld während eines Aufenthaltes in einer Gemischten Anstalt auch ohne vorherige Zusage des Versicherers gezahlt.

Nr. 11b Beitragsrückerstattung (BRE)

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

Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

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

(3) Der Vorstand entscheidet jährlich über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

(4) Für die Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen ist Voraussetzung, dass

- a) ein Tarif, für den Beitragsrückerstattung gezahlt werden soll, während des letzten Geschäftsjahres ununterbrochen bestanden hat,
- b) Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr nicht in Anspruch genommen wurden,

c) die Versicherung mindestens bis zum 31. Juli des laufenden Geschäftsjahres noch fortbestand (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit während der ersten 7 Monate des laufenden Geschäftsjahres beendet wurde).

(5) Für die Höhe der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifes maßgebend, die für den Juni des abgelaufenen Geschäftsjahres zu zahlen war.

§ 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.

Nr. 12a Unvorhersehbare Kriegsereignisse/Mittelbar durch Kriegsereignisse

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1a MB/KT 2009 wird für Versicherungsfälle, die in der ersten Woche nach Kriegsbeginn eingetreten sind, das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung von Satz 1 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird auch für Versicherungsfälle das vereinbarte Krankentagegeld gezahlt, die nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist eingetreten sind.

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

- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 12b Entziehungsmaßnahme

Abweichend von § 5 Abs. 1b MB/KT 2009 wird einmalig für die erste Entziehungsmaßnahme 80 % des versicherten Krankentagegeldes, maximal jedoch 70,- Euro pro Tag nach Abzug der vereinbarten Karenzzeit und unter Anrechnung eines bereit gestellten Übergangsgeldes gezahlt.

- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 12c Fortfall der Leistungseinschränkung

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Abs. (1) c MB/KT 2009 entfällt.

- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Nr. 13 Schwangerschaft

Leistungspflicht besteht außerhalb der gesetzlichen Mutterschutzfristen, wenn vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten oder Beschwerden eintritt. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;

Nr. 14a Mutterschutz-Pauschale

Der Tarif kann Regelungen für eine Mutterschutz-Pauschale vorsehen.

- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Abs. 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 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;

Nr. 14b Medizinisch notwendiger Ortswechsel

Die Leistungseinschränkung entfällt, wenn dringende medizinische Gründe einen Ortswechsel erforderlich machen und dies vor dem Ortswechsel durch ärztliches Attest nachgewiesen wird.

- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 15a Ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit

Abweichend von § 5 Abs. 1g MB/KT 2009 wird Krankentagegeld gezahlt, wenn vor Beginn der Behandlung eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 2 Wochen nachgewiesen wurde.

Nr. 15b Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Werden aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung (ausgenommen Tarif KUR) Leistungen bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung erbracht, dann wird – soweit es sich nicht um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt und die Karenzzeit abgelaufen ist – auch Krankentagegeld gezahlt. Dies jedoch längstens für 28 Tage.

(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.

Nr. 15c Fortfall der Leistungseinschränkung

§ 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfällt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Nr. 16 Termin der Auszahlung/Kosten der Nachweise

Fällige Krankentagegelder werden bedingungsgemäß nachträglich für die nachgewiesene Dauer ausgezahlt.

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

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

Nr. 17 entfällt

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

Nr. 18 Überweisungs- und Übersetzungskosten

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Nr. 19 Eintrittsalter

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

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif 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.

Nr. 20 Beitragsfälligkeit, Beitragsnachlass

(1) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt das Datum des Versicherungsbeginns nach dem in § 8 Abs. 3 MB/KT 2009 genannten Fälligkeitszeitpunkt, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn fällig.

(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 Folgebetrages 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 Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

Nr. 21 Ruhensvereinbarung

Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte aus dem Versicherungsvertrag nach den jeweils gültigen „Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung (AwV)“, auch für einzelne im Vertrag mitversicherte Personen, vereinbaren.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

Nr. 22 Anpassungsfaktor

Der in Abs. 1 Satz 3 festzulegende Vomhundertsatz beträgt für die diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrundeliegenden Tarifen 10 %.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 23 Obliegenheiten

Der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit anzuzeigen. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen auf den von ihm zur Verfügung gestellten Vordrucken – mindestens aber in 14-tägigen Abständen – nachzuweisen.

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

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

(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.

Nr. 23a Widersprechende Weisungen

Bei sich widersprechenden Weisungen mehrerer Ärzte ist die Weisung des behandelnden Arztes zu befolgen.

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

Nr. 23b Abhängige/selbstständige Beschäftigung (Berufsstatus)

Als Berufswechsel gilt auch eine Änderung des Berufsstatus.

Nr. 23c Gehaltsfortzahlung

(1) Eine Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 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.

Nr. 24 Recht auf Umwandlung

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 ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit für die berufliche Tätigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von begründeten besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 25 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

(2) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes 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.

Nr. 26 Fortsetzung eines Teil-Versicherungsschutzes

Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach § 13 Abs. 3 MB/KT 2009 Gebrauch machen, haben das Recht, ohne erneute Risikoprüfung hinsichtlich des Teils des nachgewiesenen Nettoeinkommens gemäß Nr. 10 Abs. 1 TB 2009, der den durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil übersteigt, das versicherte Krankentagegeld auf den verbleibenden Absicherungsbedarf (§ 4 Abs. 2 MB/KT 2009) zu reduzieren, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

Nr. 27 Kündigungsverzicht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht bei Selbständigen, wenn und solange die Krankentagegeldversicherung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

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

Nr. 28 entfällt

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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;

Nr. 29 Arbeitssuche

(1) Tritt Arbeitslosigkeit ein oder wird eine selbstständige Tätigkeit aufgegeben, so entfällt die Versicherungsfähigkeit zu dem Zeitpunkt, für den feststeht, dass eine neue Erwerbstätigkeit nicht anstrebt oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit trotz Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

(2) Spätestens 12 Monate nach Beendigung der letzten Erwerbstätigkeit gilt die Arbeitssuche als gescheitert und die Versicherungsfähigkeit entfällt, sofern bis zu diesem Zeitpunkt keine neue Tätigkeit im Sinne von Nr. 2 der Tarifbedingungen aufgenommen wird.

Tritt innerhalb der 12 Monate eine Arbeitsunfähigkeit ein, so wird die Frist um die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gehemmt.

Endet die Versicherung, weil die Arbeitssuche als gescheitert gilt, kann der Vertrag nach Maßgabe des Tarifs als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden. Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten ab Beendigung der Versicherung zu stellen.

(3) Liegt während der Arbeitslosigkeit im Sinne des SGB III eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs.1 Nr. 1a Sozialgesetzbuch V (SGB V) vor, wird das Krankentagegeld über die in Absatz 2 genannte Frist hinaus, nur in geminderter Höhe geleistet. Maßgeblich als versicherbares Einkommen ist das zuletzt bezogene Arbeitslosengeld (ALG I).

Das Krankentagegeld wird nach Ablauf der 6. Woche einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit an Stelle der wegfallenden Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je 3 Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

Als berufliche Tätigkeit gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zu Grunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit nach § 15 AVB Teil I.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote nach § 5 Abs. 1 e AVB Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit entsprechend.

Bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit kann Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme für höhere als zuletzt vereinbarte Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

(4) Das Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Krankentagegeldern nicht höher und umfassender sein, als vor dem Zeitpunkt der Erwerbslosigkeit. Andernfalls erfolgt eine Kürzung des Krankentagegeldes um den anderweitigen Tagegeldsatz. Die Kürzung erfolgt rückwirkend zum Beginn der Erwerbslosigkeit.

Eine Dynamik des Krankentagegeldes während der Arbeitslosigkeit/Nichtausübung einer selbstständigen Tätigkeit ist ausgeschlossen.

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;

Nr. 30 Berufsunfähigkeit

(1) Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet die Gesellschaft aufgrund der eingereichten bzw. von ihr eingeholten Nachweise.

(2) Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 15 b MB/KT 2009 liegt auch vor, wenn die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bei Unfähigkeit des Versicherten, mehr als vier Stunden kalendertäglich erwerbstätig zu sein, bezieht. Die Differenz zwischen der Rentenzahlung und dem vertraglich vereinbarten Tagegeld wird für längstens 3 Monate nach Beginn der Rentenzahlung ausgezahlt, sofern nicht bereits wegen festgestellter Berufsunfähigkeit die 3-monatige Nachleistung in Anspruch genommen wurde. Rentenzahlungen, die die versicherte Person – ohne dass der Zustand der Berufsunfähigkeit festgestellt wäre – lediglich aufgrund der Vermutung erhält, dass bei 6-monatigem Zustand ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit mit einer Besserung des Gesundheitszustandes nicht zu rechnen ist (fingierte Berufsunfähigkeit), werden nicht angerechnet. Wegen Bezuges einer solchen Rente aufgrund lediglich fingierter Berufsunfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nicht.

Nr. 31 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Endet die Leistungspflicht des Versicherers wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs der Erwerbsminderungsrente bzw. Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente bzw. Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das ursprüngliche Versicherungsverhältnis tritt auf Antrag des Versicherungsnehmers mit Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit zu dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem der Versicherungsnehmer die o. g. Ereignisse nachweist, der Nachweis hat innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der aufgezählten Ereignissen zu erfolgen. Andernfalls erlischt der Anspruch auf Ausübung der Anwartschaft.

Versicherungsschutz wird gewährt unter Zugrundelegung des dann aktuellen Nettoeinkommens, höchstens jedoch in der Höhe, die ursprünglich vereinbart war. Der Versicherungsnehmer hat bei Antragstellung das aktuelle Einkommen nachzuweisen. Liegt das aktuelle Einkommen über dem ursprünglich abgeschlossenen Krankentagegeld, gilt Nr. 7 Abs. 2 entsprechend. Der Antrag auf Anpassung des Krankentagegeldes ist mit dem Antrag auf Wiederinkraftsetzung zu stellen, andernfalls erlischt der Anspruch.

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 (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen

Nr. 32 Erreichen der Altersgrenze

Das Versicherungsverhältnis endet mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

- 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;

Nr. 33 Ehescheidungen, Getrenntleben

Geschiedene haben das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben. § 13 Abs. 6 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Sonstige Bestimmungen**§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

Anhang**§ 196 VVG: Befristung der Krankentagegeldversicherung**

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Abs. 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Abs. 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Abs. 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Abs. 1 Satz 4 oder Abs. 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Gültig ab 09/2011

VG573

061E-N bis 064E-N

Krankentagegeldversicherung für Angehörige freier Berufe Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeld- versicherung

Teil III Krankentagegeldversicherung für Angehörige freier Berufe

Tarif	061E-N bis 064E-N
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer zahlt bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der jeweiligen Karenzzeit Krankentagegeld.</p> <p>Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich nach der Anzahl der vereinbarten Stufen. Es beträgt je Stufe 1,- Euro.</p> <p>Die Karenzzeit beträgt in Tarif 061E-N eine Woche, Tarif 062E-N zwei Wochen, Tarif 063E-N drei Wochen und in Tarif 064E-N vier Wochen.</p>
B Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig sind Angehörige freier Berufe, die eine selbstständige Berufstätigkeit heilkundlicher, rechtsberatender, wirtschaftsberatender, naturwissenschaftlicher, technischer, pädagogischer oder übersetzender Art ausüben, aus dieser Tätigkeit regelmäßige Einkünfte haben und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen können.</p> <p>Versicherungsfähig sind unter sonst gleichen Voraussetzungen auch Apotheker. Entfällt die Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif, bleibt sie aber in einem anderen Krankentagegeldtarif des Versicherers bestehen, kann der Versicherungsnehmer im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung und bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes eine den geänderten Verhältnissen angepasste Weiterversicherung nach Maßgabe des anderen Tarifes verlangen.</p>

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

Gültig ab 01/2009

VG574

901E-N bis 906E-N**Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung****Teil III Krankentagegeldversicherung für Ärzte und Zahnärzte**

Tarif	901E-N bis 906E-N
A Leistungen des Versicherers	<p>Der Versicherer zahlt bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der jeweiligen Karenzzeit Krankentagegeld.</p> <p>Die Höhe des Krankentagegeldes richtet sich nach der Anzahl der vereinbarten Stufen. Es beträgt je Stufe 1,- Euro.</p> <p>Die Karenzzeit beträgt in Tarif 901E-N eine Woche, Tarif 902E-N zwei Wochen, Tarif 903E-N drei Wochen Tarif 904E-N vier Wochen und in Tarif 906E-N sechs Wochen.</p>
B Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig ist, wer seinen Beruf als Arzt oder Zahnarzt selbstständig ausübt, aus dieser Tätigkeit regelmäßige Einkünfte hat und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen kann.</p> <p>In dem Tarif 906E-N sind ferner Ärzte und Zahnärzte, die als Arbeitnehmer mit einem 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch in einem festen Arbeitsverhältnis stehen, lohnsteuerpflichtig sind und noch keine Rente wegen einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beziehen oder beanspruchen können, versicherungsfähig.</p> <p>Entfällt die Versicherungsfähigkeit in einem Tarif, bleibt sie aber in einem anderen Krankentagegeldtarif des Versicherers bestehen, kann der Versicherungsnehmer im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung und bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes eine den geänderten Verhältnissen angepasste Weiterversicherung nach Maßgabe des anderen Tarifs verlangen</p>

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

Gültig ab 01/2009

VG583 / VG584

TN**Krankentagegeldversicherung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung**

Teil III Krankentagegeldtarif für Selbstständige

Tarif/Klasse	TN 7
---------------------	-------------

A Leistungen des Versicherers	<p>Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif</p> <p style="text-align: right;">TN 7</p> <p>nach Ablauf von</p> <p style="text-align: center;">7</p> <p>leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.</p>
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Tarif/Klasse	TN 14
---------------------	--------------

A Leistungen des Versicherers	<p>Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif</p> <p style="text-align: right;">TN 14</p> <p>nach Ablauf von</p> <p style="text-align: center;">14</p> <p>leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.</p>
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Gültig ab 11/2008

VG585 / VG586

TN**Krankentagegeldversicherung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung****Teil III Krankentagegeldtarif für Selbstständige**

Tarif/Klasse	TN 21
---------------------	--------------

A Leistungen des Versicherers	<p>Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif</p> <p style="text-align: right;">TN 21</p> <p>nach Ablauf von</p> <p style="text-align: right;">21</p> <p>leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.</p>
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

Tarif/Klasse	TN 28
---------------------	--------------

A Leistungen des Versicherers	<p>Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif</p> <p style="text-align: right;">TN 28</p> <p>nach Ablauf von</p> <p style="text-align: right;">28</p> <p>leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.</p>
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Gültig ab 11/2008

Teil III Krankentagegeldtarif für Selbstständige und Arbeitnehmer, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen

Tarif/Klasse	TV 42
A Leistungen des Versicherers	<p>1) Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif TV 42 nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.</p> <p>2) Bei Entbindung einer versicherten Person wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe des 7-fachen des versicherten Krankentagegeldes gezahlt.</p>
B Versicherungsfähigkeit	<p>1) Versicherungsfähig sind Personen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, soweit und solange sie gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung (Ersatz für ambulante, stationäre und Zahnbehandlungskosten) bei unserer Gesellschaft unterhalten.</p> <p>2) Fällt die Versicherungsfähigkeit fort, endet zum gleichen Zeitpunkt die Versicherung nach Tarif TV 42. Der Versicherungsnehmer kann jedoch das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen. Hinsichtlich der Beitragsberechnung gilt § 8a Abs. 2 MB/KT 2009. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Aufforderung keine Wahl, gilt die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses aus Tarif TV 42 in TG 42 als vereinbart.</p>
C Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.

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

Gültig ab 11/2008

Teil III Krankentagegeldversicherung für Arbeitnehmer, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen

Tarif	TV42AN
A. Leistungen des Versicherers	1) Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif TV42AN nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt. 2) Bei Entbindung einer versicherten Person wird gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe des 7-fachen des versicherten Krankentagegeldes gezahlt.
B. Versicherungsfähigkeit	1) Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, soweit und solange sie gleichzeitig eine Krankheitskosten-Vollversicherung (Aufwendungsersatz für ambulante, stationäre und Zahnbehandlungs-Kosten) bei unserer Gesellschaft haben. 2) Fällt die Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif fort, endet zum gleichen Zeitpunkt die Versicherung nach Tarif TV42AN. Der Versicherungsnehmer kann jedoch das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person in einem Tarif mit gleichartigen Leistungen, für den Versicherungsfähigkeit besteht, fortsetzen. Trifft der Versicherungsnehmer binnen eines Monats nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit keine Wahl, so gilt Folgendes: <ul style="list-style-type: none"> • Geht der Versicherte einer versicherungsfähigen selbstständigen Tätigkeit nach und bleibt die private Krankenvollversicherung bei uns bestehen, so wird die Krankentagegeldversicherung unter Berücksichtigung des dann aktuellen Einkommens nach Tarif TV42 fortgeführt. • Wenn der Versicherungsnehmer seine private Krankenvollversicherung beendet und in die gesetzliche Krankenversicherung wechselt, wird der Vertrag für das Krankentagegeld in Tarif TG42 fortgesetzt. Die vereinbarte Krankentagegeldhöhe wird in diesem Fall um die Höhe des gesetzlichen Krankengeldanspruchs gekürzt. • Wenn der Versicherungsnehmer seine private Krankenvollversicherung beendet und bei einem anderen Versicherer eine private Krankenvollversicherung abschließt, dann endet auch der Vertrag für das Krankentagegeld.

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

Gültig ab 01/2012

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif TV42AN oder: Was wir häufig von unseren Kunden gefragt werden.

Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

- z. B.: Die Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der ersten ärztlichen Behandlung können bei der Krankentagegeldzahlung nicht berücksichtigt werden.
- z. B.: Für die Dauer ambulanter Kurmaßnahmen wird kein Krankentagegeld gezahlt.
- Sollte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich werden, so setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- Die Meldung über Ihre Arbeitsunfähigkeit muss uns spätestens am 49. Tag vorliegen. Anruf oder Telefax genügt. Eine verspätete Meldung kann zur Folge haben, dass Ihr Krankentagegeld erst ab dem Meldetag gezahlt wird.
- Nachdem Sie uns Ihre Arbeitsunfähigkeit gemeldet haben, erhalten Sie von uns einen Vordruck, auf dem Ihre Arbeitsunfähigkeit ärztlich zu bescheinigen ist. Dieses Formular muss durch Sie und Ihren behandelnden Arzt vollständig ausgefüllt und an uns zurückgeschickt werden. Beachten Sie dabei bitte unbedingt den angegebenen Termin. Sollten Sie einen Termin einmal nicht einhalten können, rufen Sie uns bitte an.

- Das Krankentagegeld wird immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Maßgeblich ist also der Ausstellungstag der ärztlichen Bescheinigung. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie zusammen mit der Leistungsabrechnung den Vordruck zurück. Damit verfahren Sie wie beim ersten Mal. Sobald Sie wieder arbeitsfähig sind, senden Sie uns den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit mit der ärztlichen Schlussbescheinigung zu.

Ausnahme: Sollten Sie bereits während der Karenzzeit wieder arbeitsfähig werden, so reicht eine Information per Telefon oder Fax.

Nach Ablauf der Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber sollten Sie sich unverzüglich bei Ihrem Rentenversicherungsträger, z. B. der Deutschen Rentenversicherung, erkundigen, was Sie wegen der Rentenversicherungsbeiträge berücksichtigen müssen.

VG587 / VG588

TN**Krankentagegeldversicherung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung**

Teil III Krankentagegeldtarif für Selbstständige und Arbeitnehmer

Tarif/Klasse		TN 91
A Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif <div style="text-align: right;">TN 91</div> nach Ablauf von <div style="text-align: right;">91</div> leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.	
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.	

Tarif/Klasse		TN 182
A Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif <div style="text-align: right;">TN 182</div> nach Ablauf von <div style="text-align: right;">182</div> leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.	
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.	

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

Gültig ab 11/2008

TN**Krankentagegeldversicherung****Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung****Teil III Krankentagegeldtarif für Selbstständige und Arbeitnehmer**

Tarif/Klasse		TN 273
A Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt bei Tarif <div style="text-align: right;">TN 273</div> nach Ablauf von <div style="text-align: right;">273 leistungsfreien Tagen</div> seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.	
B Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.	

Tarif/Klasse		TN 365
A Leistungen des Versicherers	Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf von <div style="text-align: right;">365 leistungsfreien Tagen</div> seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.	
B Anwartschaftsversicherung	Studenten der Medizin sowie Ärzte und Zahnärzte vor der Kassenzulassung können durch eine Anwartschaftsversicherung die Option erwerben, bei Aufnahme eines nicht versicherungspflichtigen Anstellungsverhältnisses oder bei Niederlassung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten eine Versicherung nach diesem Tarif bis zu einem Krankentagegeld, das dem höchsten Krankentagegeldanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, zu begründen. Die Option muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eingetreten sind, ausgeübt werden. Die Option erlischt nach spätestens 5-jähriger Dauer. Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung beträgt jährlich 60 % eines Monatsbeitrages unter Berücksichtigung des Eintrittsalters bei Erwerb der Option. Er ist jeweils im Voraus zu zahlen. Bei monatlicher Zahlungsweise sind 5 % eines Monatsbeitrages zu entrichten. Der Beitrag nach Ausübung der Option richtet sich nach dem Eintrittsalter zu Beginn des durch die Option auflebenden Versicherungsschutzes.	
C Ende des Versicherungsverhältnisses	Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres.	

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

Gültig ab 11/2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung

Bedingungsteil MB/PPV 2012

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig

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

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

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 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 Abs. 2 Satz 2 sind
- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

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

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

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

(8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen. Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

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

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2012, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(11) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vervollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für ein Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Absätze 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Abs. 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet von technischem Versicherungsbeginn (§ 2 Abs. 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages

- a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
- b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
- c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
- d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
- e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss.
- f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

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

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.

Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

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

(2) An Stelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Abs. 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der

Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

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

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Abs. 2 beziehen, sind verpflichtet,

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

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

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwändungsersatz nach Abs. 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwändungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwändungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

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

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 SGB V (siehe Anhang) gilt entsprechend.

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

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wieder hergestellt wird.

B Teilstationäre Pflege

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

Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Die Versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren: Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Abs. 8 nur zusammen mit Aufwändungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Abs. 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v. H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Abs. 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v. H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Abs. 8 nur zusammen mit Pflegegeld nach Abs. 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Abs. 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v. H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Abs. 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Abs. 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v. H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Abs. 8 zusammen mit der Kombination von Aufwändungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Abs. 1 und Pflegegeld gemäß Abs. 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Abs. 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v. H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Abs. 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

C Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Abs. 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

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

Die Leistungen werden

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

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

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

(11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Abs. 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend.

Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte.

(12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

E Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Über mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt. Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

F Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Viertes Buch (IV) – (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

G Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf

Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

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

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

I Pflegeberatung

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

Der Anspruch umfasst insbesondere

- a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
- b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
- c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
- d) die Überwachung der Durchführung des Pflege und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage sowie
- e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

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

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

- a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur

sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

- b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Abs. 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.
 - c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
- (3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5a Leistungsausschluss

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person.

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungsgewährung einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt. Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Abs. 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.
- (2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie
- nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
 - nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
 - keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
 - nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
 - kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro.
- (3) Unter den Voraussetzungen des Abs. 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern
- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 - bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 - bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligengesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
 - ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) –) (siehe Anhang) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Buchstaben a), b) oder c) versichert war.

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

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

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

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8b Beitragsänderungen

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

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrunde liegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 10), ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders dem veränderten Bedarf anzupassen.

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

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1b).
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich schriftlich zu unterrichten.
- (6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- (3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

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

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Absätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26 a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Abs. 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Abs. 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 6) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außeror-

dentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgeannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Abs. 1a) Halbsatz 1.

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

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Abs. 3 Sätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Beitragsrückerstattung

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

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

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

- § 3 MB/PPV 2012 entfällt die Wartezeit;
- § 8 Abs. 3 MB/PPV 2012 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
- § 8 Abs. 5 MB/PPV 2012
 - wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v. H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v. H. des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein

Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach §18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt;

für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro.

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

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

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

4. § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2012 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

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

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im modifizierten Standardtarif gemäß § 315 SGB V (siehe Anhang) sowie im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

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

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2012

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

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

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

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

Stand 01/2012

VG244

Tarif PV

mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2012) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 % der nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

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

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen für

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

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,- Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1-5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte. Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 450,- Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.100,- Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.550,- Euro

erstattet.

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

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

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 235,- Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 440,- Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 700,- Euro.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21,- Euro, in Pflegestufe III bis zu 31,- Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21,- Euro erstattet.

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

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510,- Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

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

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages. In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Massnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 2. Halbsatz erfüllt sind und die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Hilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 v. H. erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v. H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,- Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31,- Euro je Kalendermonat erstattet.

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

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

5. Teilstationäre Pflege

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

- 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 450,- Euro,
- 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.100,- Euro,
- 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.550,- Euro

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 v. H. der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

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

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen medizinischer Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.510,- Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 vom Hundert gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

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

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

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

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,- Euro je Kalendermonat,

- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
in Höhe von 1.279,- Euro je Kalendermonat,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
in Höhe von 1.550,- Euro je Kalendermonat,
- d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind,
in Höhe von 1.918,- Euro je Kalendermonat erstattet,
insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v. H. des Gesamtbetrages aus Pflege-
satz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare In-
vestitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang).

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

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

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

- 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 1.536,- Euro. In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

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

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen

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

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Zusätzliche Betreuungsleistungen

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

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

werden bis zu

100,- Euro (Grundbetrag) oder

200,- Euro (erhöhter Betrag)

monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

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

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).

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

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegeversicherung

Hilfsmittelverzeichnis der PPV	HMV-Nummer	HMV-Nummer
1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege		
1.1 Pflegebetten		
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999	
– Pflegebetten, motorisch verstellbar	50.45.01.1000-1999	
– Kinder- / Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999	
1.2 Pflegebettzubehör		
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999	
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999	
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999	
– Aufrichthilfe	50.45.02.3000-3999	
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999	
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999	
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung		
– Einlegerahmen	50.45.03.0001-0999	
– Rückenstützen, manuell verstellbar	50.45.03.1000-1999	
1.4 Spezielle Pflegebettische		
– Pflegebettische	50.45.04.0001-0999	
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999	
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung		
– Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett	50.45.06.0001-0999	
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung		
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-3999	
1.7 Pflegerollstühle	50.45.08.0001-0999	
Hilfsmittel*:		
Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung		
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999	
Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert		
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999	
Zubehör für Lifter		
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999	
Umsetz- und Hebehilfen		
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999	
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999	
– Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999	
Innenraum und Außenbereich Schieberollstühle		
– Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999	
Treppen		
Treppenfahrzeuge		
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999	
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999	
2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene		
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett		
– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999	
– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999	
– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999	
– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999	
– Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4000-4999	
Waschsysteme		
– Kopfwashsysteme	51.45.01.0001-0999	
– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999	
– Duschwagen	51.45.01.2000-2999	
– Kopfwashbecken, freistehend	51.45.01.3000-3999	
– Hygienesitze	51.45.01.4000-4999	
Hilfsmittel*:		
Badewannenlifter		
– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999	
– Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche	04.40.01.1000-1999	
Badewanneneinsätze		
– Badewannenverkürzer	04.40.04.0001-0999	
– Badeliegen	04.40.04.1000-1999	
Badewannensitze		
– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999	
– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999	
– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999	
– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999	
Duschhilfen		
– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999	
– Duschhocker	04.40.03.1000-1999	
– Duschstühle	04.40.03.2000-2999	
Toilettensitze		
– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999	
– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999	
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999	
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999	
– Toilettensitze für Kinder	33.40.01.4000-4999	
Toilettenstützgestelle		
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999	
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.1000-1999	
Toilettenstühle		
– Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff	33.40.04.0001-0999	
– Feststehende Holztoilettenstühle	33.40.04.1000-1999	
– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999	
Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen		
– Badewannengriff, mobil	04.40.05.0001-0999	
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999	
Toilettenrollstühle		
Duschrollstühle		
– Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999	
3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigen Lebensführung / Mobilität		
3.1 Notrufsysteme		
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999	
Hilfsmittel*:		
Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung		
– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen	22.50.01.0001-0999	
Gehhilfen		
– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999	
– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999	
– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999	
– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999	
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999	
Bettpfosten- / Bettrahmenerhöher		
4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden		
4.1 Lagerungsrollen		
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999	
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999	
Hilfsmittel*:		
Lagerungskeile		
– Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999	
Sitzhilfen zur Vorbeugung		
– Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.0001-3999	
Liegehilfen zur Vorbeugung		
– Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-3999	
– Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.05.0001-2999	
5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel		
5.1 Saugende Bettschutzeinlagen		
– Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999	

HMV-Nummer

5.2 Schutzbekleidung	
– Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
– Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
– Mundschutz	54.99.01.2000-2999
– Schutzschürze	54.99.01.3000-3999

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
– Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:**Saugende Inkontinenzvorlagen**

– Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1	15.25.01.0001-0999
– Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2	15.25.01.1000-1999
– Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3	15.25.01.2000-2999
– Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2	15.25.01.3000-4999
– Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.01.5000-5999

Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

– Netz hose Größe 1 / Netz hose Größe 2	15.25.02.0001-1999
---	--------------------

Saugende Inkontinenzhosen

– Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3	15.25.03.0001-2999
-------------------------------------	--------------------

Externe Urinalableiter

– Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
-------------------------------	--------------------

Urin-Beinbeutel

– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
-----------------------------------	--------------------

Urin-Bettbeutel

– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
-----------------------------------	--------------------

Zubehör für Auffangbeutel

– Haltebänder für Urinbeutel	15.25.11.0001-0999
– Halterungen / Taschen für Urinbeinbeutel	15.25.11.1000-1999
– Halterungen / Befestigungen für Bettbeutel	15.25.11.2000-2999
– Sonstiges Zubehör	15.25.11.3000-3999

Hilfsmittel*:

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

Anhang zu MB/PPV 2010 und Tarif PV

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2010) zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Rechtsstand 01.07.2008 (soweit nichts anderes vermerkt ist) wiedergegeben.

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

§ 35 Pflegezulage

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

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

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

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

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

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

Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

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

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst, Zivildienst oder auf Grund von § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind, sowie Personen, die im Anschluss an den Grundwehrdienst freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst nach § 6b des Wehrpflichtgesetzes leisten,
3. (aufgehoben)
- 3a. Personen, die auf Grund des § 6c des Wehrpflichtgesetzes (Hilfeleistung im Innern) Wehrdienst leisten, gelten als Wehrdienstleistende im Sinne der Nummer 2,
4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozessordnung untergebracht sind.
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

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

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

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

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

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

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

Triff eine Versicherungspflicht nach Abs. 2a mit einer Versicherungspflicht nach Abs. 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Abs. 2a vor.

(4) aufgehoben

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

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

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

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

- der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,
- der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und
- Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht.

Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.

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

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

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen

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

(2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes bleiben außer Betracht

- Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
- Zeiten einer Beschäftigung als Helfer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder als Teilnehmer im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,
- Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
- 3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,
4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als

80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

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

(3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn

- der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
- es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

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

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

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

- c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

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

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

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

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

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

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit

- (1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

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

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten

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

§ 18 Bezugsgröße

- (1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (2) Die Bezugsgröße für das Beitragsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.
- (3) Beitragsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung

§ 33 Hilfsmittel

- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

- (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer,

der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Fünften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Fünften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Fünften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Fünften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten, an die Krankenkasse.

- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

§ 290 Krankenversichertennummer

- (1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Abs. 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Abs. 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle.

Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

- (2) [Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat] erstmalig bis zum 30. Juni 2004 gemeinsam und einheitlich den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

- (1) Personen, die weder
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
 2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
 3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
 4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
 5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen, können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.
- (2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Abs. 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Abs. 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Abs. 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.
- (3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Abs. 1 die Begrenzungen gemäß Abs. 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Abs. 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.
- (4) Die gemäß Abs. 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung**§ 3 Sonstige Versicherte**

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
- 1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
- 2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
- 3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
 - a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
 - b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
 - c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
 - d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
 - e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbstständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflege Tätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weiter erhalten oder Leistungen für Selbstständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die eine Verdienstausschüttung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,
 - 1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,
 2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
 - 2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205,- Euro,
 - 2b. aufgehoben
 - 2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld, Teilunterhaltsgeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
 3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
 4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,
 5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines
 1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Über mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
 - a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 400,- Euro nicht übersteigt,
 - b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen von den antragstellenden Stellen,

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
 6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
 - a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
 - b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe; gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.
- (2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengehalt, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

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

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:
1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
 2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,
 - 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
 3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
 4. selbstständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstler-sozialversicherungsgesetzes,
 5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
 6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
 7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
 9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
 10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
 11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Abs. 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Abs. 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit nach Abs. 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. Krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
 2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
 3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
 4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
 5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,- Euro. § 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.
- (2) Kinder sind versichert:
1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
 2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
 3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres

leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war. § 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen, sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Abs. 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Abs. 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Abs. 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittsklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Abs. 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige [bis 30.06.2008: fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegeversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Abs. 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Abs. 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristet. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) [Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen] [ab 01.07.2008: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt] mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, [bis 30.06.2008: die Spitzenverbände der Pflegekassen] [ab 01.07.2008: der Spitzenverband Bund der Pflegekassen] und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 1 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,

2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);

Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität; Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen.

Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Abs. 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Abs. 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird. Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Abs. 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Abs. 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Trägern der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Abs. 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, dass die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluss eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und dass die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluss bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Abs. 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflegeversicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Abs. 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

§ 110 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung:

Die in Abs. 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) – Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe**§ 75 Einrichtungen und Dienste**

(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG)**Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten**

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)**§ 3 Pflegezeit**

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in An-

spruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)**§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

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

(3) Abweichend von Abs. 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 Abs. 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Abs. 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 [in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung] Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat. Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

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

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

Kalkulationsverordnung

§ 13a Übertragungswert

(3) Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

Stand 07/2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Versicherungsleistung

(1) Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall das vertraglich vereinbarte Pflegegeld oder sonst vereinbarte Leistungen.

Versicherungsfall; Beginn und Ende

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegebedürftigkeit ärztlich festgestellt wird. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(3) 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.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne von Absatz 3 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (5) Die Hilfe im Sinne von Absatz 3 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.
- (6) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatz 3 sind

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

Stufe der Bedürftigkeit

(7) Die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der tariflich vereinbarten Pflegestufen erfolgt nach folgenden Kriterien

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche 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 Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 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.
 - 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.
- (8) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (9) 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

- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- 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. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungs- und pflegerischen Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach Absatz 6 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf/Beginn und Ende

(10) Als Versicherungsfall gilt auch ein erheblicher Bedarf einer versicherten Person an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Er endet, wenn kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung mehr besteht.

Bestimmung eines erheblichen Bedarfs an Beaufsichtigung und Betreuung

(11) Einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben 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 im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegepflichtversicherung) als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

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

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

Vertragsgrundlagen

(13) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

Geltungsbereich

(14) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Pflege im Gebiet der Europäischen Union sowie der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Eintritt und Dauer der Pflegebedürftigkeit oder des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einer versicherten Person sowie die Pflegestufe sind durch Vorlage der jeweils aktuellen Feststellungsunterlagen des medizinischen Dienstes der deutschen Pflegekasse bzw. eines privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens nachzuweisen.

(3) Bei der Feststellung der in Absatz 2 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt sich der Versicherer der schriftlichen Entscheidung der deutschen Pflegekasse bzw. des deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmens hinsichtlich deren Leistungspflicht an.

(4) Die Leistung des Versicherers erfolgt unabhängig von einer Leistung der deutschen Pflegekasse bzw. des privaten deutschen Krankenversicherungsunternehmens als Träger der privaten Pflegepflichtversicherung.

(5) Zur Feststellung des Eintritts und der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit genügt eine ärztliche Bescheinigung, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Feststellung weder bei einer deutschen Pflegekasse noch bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen pflegepflichtversichert ist. Der Versicherer stellt

hierfür einen Vordruck für die ärztliche Bescheinigung zur Verfügung. Abs. 3 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

(6) Bonifikationen

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

Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift von Bonifikationen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus dieser Rückstellung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden. Der Vorstand entscheidet jährlich mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe und unter welchen Voraussetzungen an der Bonifikation teilnehmen.

§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht bei Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person

- die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.
- die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
- die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

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

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
- Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.
- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheines zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.
- Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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 Mahnkosten verpflichtet.

§ 9 Beitragsberechnung

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

§ 10 Beitragsanpassung

- 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 hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

- Der Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit bzw. des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens jedoch 42 Tage nach Feststellung durch den medizinischen Dienst (s. § 4 Absatz 2) oder Arzt (s. § 4 Absatz 5), schriftlich mitzuteilen.
- Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung (Pflegegeld oder Pflegekostenversicherung) oder Pflegerenten oder Pflegezusatzversicherung in der Lebensversicherung für eine versicherte Person bedarf der Einwilligung des Versicherers.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- Wird eine der in § 11 Abs. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

- Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

- 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.
- 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.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

- Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

- Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei Verlegung in die Schweiz.

Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 18 Gerichtsstand

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

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

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

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Gültig ab 04/2010

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV)

Teil II Tarif Pflegevorsorge FamilyFit

Tarif	Pflegevorsorge FamilyFit
<p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>1. Präventionsprogramm</p> <p>2. Leistungen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit</p>	<p>Der Versicherer erstattet vor Eintritt des Versicherungsfalles die Kosten für folgende Präventionsmaßnahmen im nachfolgend näher beschriebenen Umfang:</p> <p>a) Für Präventionsmaßnahmen, die der Gesundheit förderlich sind und die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden, erstattet der Versicherer 50 % des Rechnungsbetrages. Die Leistung ist pro Kalenderjahr auf 10 % des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes begrenzt.</p> <p>Erstattungsfähige Präventionsmaßnahmen sind insbesondere diejenigen, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf einer Liste zur Verfügung stellt. Die dort genannten Maßnahmen orientieren sich an dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung. Der Versicherer behält sich erforderliche Änderungen der Liste vor und teilt diese dem Versicherungsnehmer mit.</p> <p>Darüber hinausgehende Präventionsmaßnahmen sind nur erstattungsfähig, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat.</p> <p>b) Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer bei Bedarf über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention.</p> <p>c) Die versicherte Person hat mit Beginn des Jahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet, alle 2 Kalenderjahre Anspruch auf Erstattung einer individuellen Pflegeprophylaxe. Erstattungsfähig sind insbesondere Untersuchungen und Beratungen, die geeignet sind, Risikofaktoren zur Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Die Pflegeprophylaxe erfolgt durch entsprechend geschulte Fachkräfte unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Umstände und des Wohnumfelds. Hierdurch soll die Selbständigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise erhalten werden.</p> <p>Die Kosten der Maßnahme werden unter Abzug ggf. bestehender Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) zu 100 % erstattet. Die Höhe dieser Erstattungen muss auf den jeweiligen Rechnungen entsprechend vermerkt werden.</p> <p>Die Erstattung innerhalb von 2 Kalenderjahren beträgt maximal 20 % des monatlichen Pflegegeldes, welches zu Beginn der Durchführung der Pflegeprophylaxemaßnahme vereinbart ist.</p> <p>Der Versicherer zahlt das vertraglich vereinbarte monatliche Pflegegeld ab dem 1. des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I eingetreten ist.</p> <p>Die Leistungen richten sich nach der Höhe des für die versicherte Person vereinbarten Pflegegeldes.</p> <p>Der Bezug von Pflegegeld schließt Leistungen für Präventionsprogramme aus.</p>
<p>B. Beitragsbefreiung</p>	<p>Besteht für eine versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit mindestens nach Pflegestufe I, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Beitragszahlung für die betreffende Person in Tarif Pflegevorsorge FamilyFit befreit. Die Beitragsbefreiung gilt jeweils für den ganzen Monat, in dem die Pflegebedürftigkeit besteht.</p>
<p>C. Bonifikation</p>	<p>Für bestimmte vom Versicherer vorgegebene Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern oder die Pflegebedürftigkeit verzögern oder vermeiden könnten, kann der Versicherer Bonuszahlungen ausloben (Verhaltensbonus). Art, Umfang und Voraussetzungen der Verhaltensboni werden dem Versicherungsnehmer vor Vertragsschluss, erfolgte Änderungen zu Beginn des jeweiligen Versicherungsjahres mitgeteilt.</p> <p>Die Bonifikationen werden ausgezahlt.</p>
<p>D. Option auf Höherversicherung</p> <p>1. Umfang/Inhalt der Option</p> <p>2. Ereignisse für die Inanspruchnahme der Option</p> <p>3. Frist zur Wahrnehmung der Option</p>	<p>Versicherte Personen dieses Tarifes können durch Ausübung dieser Option bei den unter Punkt (2) genannten Ereignissen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten den Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit innerhalb der vom Versicherer vorgesehenen Höchstgrenzen um 250,- Euro erhöhen.</p> <p>Der vom Beginn des neuen Versicherungsschutzes an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Rechte aus der Alterungsrückstellung.</p> <p>Wurde für diesen Tarif eine Erschwerung in Form eines versicherungsmedizinischen Zuschlags, eines Leistungsausschlusses oder einer Leistungseinschränkung vereinbart, so gilt bei Wahrnehmung der Option für den neuen Versicherungsschutz folgendes:</p> <p>Eine Erschwerung wird nur aufgrund der Diagnosen vereinbart, die auch Ursache für die Erschwerung in diesem Tarif waren. Zwischenzeitlich neu aufgetretene Krankheiten usw. führen nicht zu weiteren Erschwerungen.</p> <p>Folgende Ereignisse können einen Wechsel ermöglichen, sofern die versicherte Person das 66. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und noch kein Pflegeantrag gestellt wurde:</p> <p>a) Einmalig bei Abschluss einer Berufsausbildung bzw. -qualifikation (z. B. Hochschulstudium, Steuerberaterprüfung) der versicherten Person;</p> <p>b) Bei Geburt eines eigenen Kindes oder Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, allerdings erst ab dem auf die Geburt/Adoption folgenden Tag;</p> <p>c) Beginn der Berufsausbildung eines Kindes der versicherten Person (1x pro Kind);</p> <p>d) Beruflicher Statuswechsel zwischen Anstellung und Selbständigkeit;</p> <p>e) Beruflicher Statuswechsel von einer Anstellung oder Selbständigkeit in ein Beamtenverhältnis;</p> <p>f) Versicherte Personen, die erstmalig eine Pflegezusatzversicherung bei AXA Krankenversicherung abschließen, können zu Beginn des 6. Versicherungsjahres einmalig eine Höherversicherung verlangen, wenn vorher 5 Versicherungsjahre lang ununterbrochener Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit bestand;</p> <p>g) Einmalig bei einer Veränderung der Rahmenbedingungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung (geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit bzw. Kürzung der Pflegeleistungen).</p> <p>Die Option nach f) gilt nicht für versicherte Personen, die aufgrund § 198 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (Kindernachversicherung) versichert wurden.</p> <p>Der Antrag auf Wahrnehmung dieser Option muss dem Versicherer unter Beifügung eines Nachweises über den Eintritt des Ereignisses innerhalb folgender Frist zugehen:</p> <p>a) Bei einer Umstellung nach f) muss der Antrag bis zum Umstellungstermin vorliegen. Die Umstellung erfolgt zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.</p> <p>b) ist der Anlass eine Geburt oder Adoption, besteht die Option bis zu drei Monaten nach der Geburt bzw. Adoption. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p> <p>c) in allen übrigen Fällen beträgt die Frist zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung.</p>
<p>E. Mindest-Pflegegeld</p>	<p>Das monatliche Mindest-Pflegegeld beträgt 500,- Euro.</p>
<p>F. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.</p>

G. Aufnahmefähigkeit	<p>Aufnahmefähig sind folgende Personen, wenn diese versicherungsfähig sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der Versicherungsnehmer 2. Ehe- oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers 3. Großeltern, Eltern, Kinder oder Enkelkinder des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners 4. Geschwister des Versicherungsnehmers oder seines Ehe- oder Lebenspartners 5. Ehe- oder Lebenspartner der unter 3. und 4. genannten Personen 6. Personen, die dauerhaft in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer leben
H. Mindest-Personenzahl	<p>Voraussetzung für das Zustandekommen und Bestehen des Vertrages ist, dass mindestens 2 Personen versichert werden bzw. sind, die das 20. Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Sinkt die Anzahl der versicherten Personen ab 20 Jahre in einem Vertrag unter zwei, dann endet das Versicherungsverhältnis insgesamt.</p> <p>Die verbliebenen versicherten Personen haben in diesem Fall den Anspruch auf einen Wechsel in den Tarif Pflegevorsorge Flex unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte.</p> <p>Unbeschadet der vorgenannten Regelungen kann das Versicherungsverhältnis fortgeführt werden, wenn aufgrund eines Todesfalles die Mindest-Personenzahl unterschritten wird. Voraussetzung hierfür ist, dass eine volljährige Person als Versicherungsnehmer benannt wird.</p> <p>Diese Ansprüche enden zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von der Beendigung des Versicherungsverhältnisses erlangt.</p>

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Gültig ab 04/2010

Liste der Präventionsmaßnahmen nach Abschnitt A.1.a der AVB Teil II für den Tarif Pflegevorsorge FamilyFit

Stand: 05.2010

Für folgende Präventionsmaßnahmen, ist eine vorherige Erteilung der Kostenübernahme nicht notwendig. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist, dass die Maßnahmen von einer entsprechend ausgebildeten Fachperson durchgeführt werden.

1. Bewegung

Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, gesundheitssportliches Bewegungstraining:

- Aqua-Gymnastikkurse
- Nordic Walking

Vorbeugung und Reduzierung spezieller Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme:

- Bewegungstraining zur Prävention spezifischer Gesundheitsrisiken
- Rückenschulkkurse
- Präventives Herz-Kreislauftraining
- Beckenbodengymnastik

Die oben aufgelisteten Präventionsmaßnahmen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie durch einen entsprechend fachlich ausgebildeten Personaltrainer im Rahmen eines Gruppentrainings für mehrere Mitglieder der versicherten Familie durchgeführt werden.

2. Ernährung

Maßnahmen zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung:

- Kurse zur ausgewogenen Ernährung
- Ernährungsberatungen

Maßnahmen zur Vermeidung und Reduktion von Übergewicht:

- Gewichtsreduktions-Kurse
- Abnehmprogramme

3. Entspannung

Maßnahmen zur Vermeidung spezifischer Risiken und stressabhängiger Krankheiten:

- Stressreduktionstraining
- Yogakurse
- Kurse zur progressiven Muskelentspannung nach Jacobson
- Autogenes Training
- Gedächtnistraining

Service-Hotline nach Abschnitt A.1.b der AVB Teil II für den Tarif Pflegevorsorge FamilyFit

Service-Hotline nach Abschnitt A.1.b der AVB Teil II für den Tarif Pflegevorsorge FamilyFit

Stand: 05.2010

Sie können sich rund um die Uhr unter: 02 21-148-3 54 13 zum Thema Gesund bleiben und Pflege vermeiden informieren lassen. Bei sonstigen Fragen zu Ihrem Vertrag, rufen Sie uns an unter: 02 21-148-3 54 14

1. Präventions-Beratung

Individuelle Beratung zum Thema Gesundheit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, u.a.:

- Unterstützende Beratung zu den Themen des AXA Newsletters
- Ernährungsberatung
- Gesunde Lebensweise im Allgemeinen
- Bewegung und Sport; Familiensport
- Stressbewältigung
- Work-Life-Balance, Zeitmanagement
- Vorsorgeuntersuchungen; Beratung zu Leistungen der Krankenversicherung
- Beratung zu Kuren
- Impfberatung
- Beratung zu barrierefreiem Wohnen
- Unfallprävention
- Verhalten im Straßenverkehr
- Gedächtnistests
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern
- Beratung zu chronischen oder akut aufgetretenen Erkrankungen
- Deprivationsprophylaxe (soziale Vereinsamung)
- Kontrakturenprophylaxe
- Sturzprophylaxe
- Thromboseprophylaxe
- Beratung zu den Präventionsmaßnahmen
- Beratung zur Pflegeprophylaxe

2. Vermittlung

Unterstützung durch Benennung und Vermittlung von professionellen Dienstleistungen zu

- den Präventionsmaßnahmen
- Pflegeprophylaxe
- Beschaffung von Hilfsmitteln zur selbständigen Lebensführung/Mobilität. Die Lieferanten und Lieferbedingungen sind mit AXA im Vorfeld abzustimmen.
- Vermittlung von Fahrdiensten und Haushaltshilfen
- Beschaffung von Medikamenten
- Medikamentenkonzentration
- Betreutes Wohnen
- Maßnahmen für einen behindertengerechten Umbau
- Senioren-WGs

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil II Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK

Tarif	FamilyFitK
A. Leistungen des Versicherers	Der Versicherer zahlt bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person ab Pflegestufe I ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 500,- Euro.
B. Versicherungsfähigkeit/ Aufnahmefähigkeit	Aufnahmefähig in diesem Tarif sind Kinder bis zum 14. Lebensjahr (Differenz zwischen Eintrittsjahr in den Tarif FamilyFitK abzüglich Geburtsjahr), wenn wenigstens ein Elternteil dieses Kindes im Tarif FamilyFit versichert ist und für das Kind selbst eine Aufnahmefähigkeit im Tarif FamilyFit bestehen würde. Versicherungsfähigkeit besteht bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres, wenn wenigstens ein Elternteil dieses Kindes im Tarif FamilyFit versichert ist und für das Kind selbst Versicherungsfähigkeit im Tarif FamilyFit bestehen würde.
C. Wegfall der Versicherungsfähigkeit 1. Grundsatz 2. Wechselrecht vor Vollendung des 15. Lebensjahres 3. Fortführung vor Vollendung des 15. Lebensjahres 4. Umstellung bei Vollendung des 15. Lebensjahres	Die Versicherung endet grundsätzlich mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Buchstabe B. für die versicherte Person. Entfällt die Versicherungsfähigkeit für die versicherte Person vor Vollendung des 15. Lebensjahres, und besteht zu diesem Zeitpunkt keine Pflegebedürftigkeit, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, für die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Ende der Versicherung einen Wechsel in einen gleichartigen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu verlangen. Entfällt die Versicherungsfähigkeit für die versicherte Person vor Vollendung des 15. Lebensjahres, und besteht zu diesem Zeitpunkt keine Pflegebedürftigkeit, so wird das Versicherungsverhältnis im Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK abweichend von Ziffer 1 für die Dauer der Pflegebedürftigkeit, längstens bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres fortgeführt. Bei Vollendung des 15. Lebensjahres der versicherten Person wird die Versicherung nach dem Tarif Pflegevorsorge FamilyFitK zum nächsten Monatsersten in Tarif Pflegevorsorge FamilyFit mit einem monatlichen Pflegegeld in Höhe von 500,- Euro zu den dann geltenden Beiträgen umgestellt, ohne dass es dafür einer gesonderten Willenserklärung bedarf. Besteht bei Umstellung für die betroffene versicherte Person bereits ein Versicherungsschutz nach Tarif Pflegevorsorge FamilyFit, so erfolgt eine Erhöhung des im Tarif Pflegevorsorge FamilyFit für diese Person vereinbarten monatlichen Pflegegeldes um 500,- Euro. Besteht zu diesem Zeitpunkt Pflegebedürftigkeit, gilt die im Tarif Pflegevorsorge FamilyFit vereinbarte Beitragsbefreiung. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Versicherung innerhalb von 2 Monaten nach Umstellung der Versicherung, ggf. auch rückwirkend, für die betroffene versicherte Person zu kündigen.
D. Beitrag	Dieser Versicherungsschutz wird bis zum 1. des auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monats in diesem Tarif beitragsfrei gewährt.

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge (AVB/PV) Teil I

Gültig ab 05/2011

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge Akut

Teil I Bedingungen

Ihr Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen sowie Ersatz von Aufwendungen für vertraglich vereinbarte Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Notwendigkeit pflegerischer Versorgung (Pflegesituation) der versicherten Person.

Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung der versicherten Person. Er endet, wenn die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung der versicherten Person nicht mehr besteht.

- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den geltenden Gesetzen und Verordnungen.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Dienstleistungen in Deutschland.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz, 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

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

§ 3 Wartezeiten

Es gibt keine Wartezeiten

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art, Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Eintritt und Dauer der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung sind durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung nicht aus.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei der Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung einer versicherten Person
 - a) die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Dies gilt nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eingetreten und nicht auf Kriegsereignisse zurückzuführen sind.
 - b) die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war. Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;
 - c) die vorsätzlich herbeigeführt wurde oder durch vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle verursacht wurde.
 - d) für pflegerische Versorgung und sonstige Dienstleistung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung und Erbringung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) 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.

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist am Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.
- (2) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des darauffolgenden Monats der Beitrag des Alters, das die versicherte Person dann gemäß Satz 2 erreicht hat, zu zahlen.
- (3) Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Abweichend von Satz 1 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen, es sei denn, die Versicherung beginnt zu einem späteren Zeitpunkt.
- (4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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 Mahnkosten verpflichtet.

§ 9 Beitragsberechnung

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

§ 10 Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 10 Vomhundertsatz und hinsichtlich der Sterbewahrscheinlichkeit von mehr als 5 Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung hinsichtlich der Versicherungsleistungen von mehr als 5 Vomhundertsatz, kann der Versicherer unter den gleichen Voraussetzungen die Beiträge anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag 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 evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 11 Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten)

- (1) Der Eintritt oder Wegfall der Notwendigkeit pflegerischer Versorgung sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person 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.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 Aufrechnung

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

Der Versicherungsschutz

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis – auch für einzelne versicherte Personen – zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge nach § 10 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) 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.

(4) 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.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit deren Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer zu erklären.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen Personen mit der dauerhaften Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedstaat der Europäischen Union noch Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist und nicht bei der Verlegung in die Schweiz. Dies gilt nicht, sofern eine von Satz 1 abweichende Vereinbarung getroffen wurde.

Sonstige Bestimmungen

§ 17 Willenserklärungen

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

§ 18 Gerichtsstand

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

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

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

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Pflegevorsorge Akut

Teil II Tarif Pflegevorsorge Akut

Tarif	Pflegevorsorge Akut
<p>A. Leistungen des Versicherers</p> <p>I. 24 Stunden Hotline-Service</p>	<p>Der Versicherer bietet einen 24 Stunden Hotline-Service an, den die versicherte Person und deren nahe Angehörige (§ 7 Pflegezeitgesetz) jederzeit in Anspruch nehmen können.</p> <p>Der 24 Stunden Hotline-Service bietet Informationen und Beratung zu folgenden Themen im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unmittelbare Pflegeleistungen <ul style="list-style-type: none"> – Ambulante Pflegedienste – Stationäre Pflegeeinrichtungen – Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege – haushaltsunterstützende Dienstleistungen – Pflegehilfsmittel – Hausnotrufsysteme – Tag- und Nachtwachen – Pflegeschulungen bzw. Pflegeschulungseinrichtungen – Behinderten- und Krankenfahrdienste – Begleit- und Fahrdienst – Freizeitbetreuung 2. mittelbare Pflegeleistungen <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen der Krankenkassen – Leistungen der Pflegekassen bzw. der privaten Krankenversicherungen als Träger der Pflegepflichtversicherung – Beantragung von Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) – Zuordnung der versicherten Person zu einer Pflegestufe nach SGB XI – Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – Sozialhilfe (SGB XII) – Antrag auf Feststellung des Vorliegens und des Grades einer Behinderung sowie auf Ausstellung eines entsprechenden Ausweises nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) – Benennung von Fach-/Ärzten – Pflegegerechte Wohnung; Verbesserung des Wohnumfeldes – Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige – Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen – Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges – betreute Rückkehr in die eigene Wohnung/das eigene Haus – Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden, Institutionen sowie sozialen Einrichtungen und ggfls. Benennung derselben
<p>II. Vermittlung und 24 Stunden Versorgungssicherheit</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Versicherer bzw. dessen Assistent vermittelt im Versicherungsfall die unter Ziffer I. 1. aufgeführten unmittelbaren Pflegeleistungen. Die Höchstleistungsdauer nach Buchstabe B 1. findet auf die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege keine Anwendung. 2. Der Versicherer garantiert Versorgungssicherheit im Versicherungsfall. Soweit erforderlich wird die Versorgungssicherheit gewährleistet durch Vermittlung entweder der Unterbringung der versicherten Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder der Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst jeweils in Deutschland. Dies erfolgt zum bald möglichen Zeitpunkt, in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an den 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers. Soweit möglich berücksichtigt der Versicherer bei seiner Auswahl lediglich zertifizierte Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegedienste, welche zumindest die ISO-Norm 9001 erfüllt. 3. Die in Ziffer 1 und 2 aufgeführten Leistungen werden unmittelbar von dem 24 Stunden Hotline-Service des Versicherers erbracht.
<p>III. Sonstige Dienstleistungen</p>	<p>Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall 100 % der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen, soweit diese erforderlich sind, bis zu einem Betrag von insgesamt max. 2.500,- Euro. Voraussetzung hierfür ist (mit Ausnahme von § 1 Abs. 5 AVB Teil 1), dass die Dienstleistungen vom Versicherer bzw. dessen Assistent vermittelt oder organisiert werden oder vorab eine Kostenzusage von diesen erfolgt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beförderung Im Falle von A II die einmalige notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung/dem Aufenthaltsort in die stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung. Darüber hinaus die Beförderung des in der Pflegeeinrichtung unterzubringenden Hausrates der versicherten Person in die stationäre Pflegeeinrichtung. 2. Menüservice Anlieferung jeweils einer Hauptmahlzeit pro Tag für die versicherte Person und einer im selben Haushalt lebenden Person. Diesen Personen steht die Wahl unter dem vom Dienstleister angebotenen Menüsortiment frei. 3. Einkäufe, Besorgungen und Botengänge Erledigung von Einkäufen, Besorgungen und Botengängen z. B. zu Banken, Sparkassen, Behörden, Ärzten, Apotheken, Lebensmittelhändlern und Reinigung an bis zu zwei Tagen in der Woche. 4. Wohnungsreinigung Einmal in der Woche für 5 Stunden Reinigung von Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und WC der Wohnung bzw. des Hauses der versicherten Person im üblichen Umfang, sofern sich diese Räume nicht in einem überdurchschnittlich verschmutzten Zustand befinden. 5. Wäsche-Service Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Einräumen der Wäsche und Kleidung sowie Pflegen der Schuhe jeweils im eigenen Haushalt der versicherten Person einmal wöchentlich. 6. Begleitservice und Fahrdienst Unterstützung der versicherten Person bei der Wahrnehmung von Arztterminen, Terminen für Krankengymnastik und sonstigen ärztlich angeordneten Therapien sowie Behördenterminen durch eine Begleitperson und, soweit erforderlich, einen Fahrdienst an bis zu zwei Tagen in der Woche.

<p>III. Sonstige Dienstleistungen</p>	<p>7. Gartenpflege Pflege des sich am Haus oder an der Wohnung befindlichen Gartenbesitzes der versicherten Person für die Dauer von bis zu zwei Stunden wöchentlich in allgemein üblichem Umfang (z. B. Rasenmähen, Unkrautbeseitigung, Ernte von Obst und Gemüse)</p> <p>8. Schneeräumung und Laubbeseitigung Tägliche Schneeräumung und Laubbeseitigung, soweit erforderlich auf den Gehwegen vor dem Haus oder der Wohnung in dem/der die versicherte Person wohnt, soweit diese hierzu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist, für die Dauer von bis zu 14 Tagen.</p> <p>9. Tag- und Nachtwache 24-Stundenbetreuung (Tag- und Nachtwache) der versicherten Person durch Fachpersonal in der Wohnung oder dem Haus der versicherten Person oder der sie betreuenden Person für die Dauer von bis zu zwei Tagen.</p> <p>10. Kinderbetreuung Betreuung der Kinder der versicherten Person oder des pflegenden nahen Angehörigen, soweit diese das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben durch folgende Dienstleistung: – Beaufsichtigung durch Fachpersonal für die Dauer von bis zu sieben Tagen – Fahrdienst zur Schule, Kindergarten oder entsprechenden Betreuungseinrichtungen für die Dauer von bis zu 14 Tagen – Schülernachhilfe für die Dauer von bis zu 14 Tagen</p> <p>11. Versorgung von Haustieren Versorgung von Haustieren der versicherten Person in erforderlichem Umfang für die Dauer von bis zu sieben Tagen durch einen professionellen Dienstleister.</p> <p>12. Installation von Hausnotrufsystemen Die Einrichtung einer Hausnotrufanlage mit Aufschaltung auf eine hierfür spezialisierte Hausnotrufzentrale in der Wohnung der versicherten Person. Die verbleibenden Kosten für die Anmietung der Hausnotrufanlage sowie die Aufschalt- und Bereitschaftsgebühren werden, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 250,- Euro erstattet.</p> <p>13. Pflegeschulung Eine Pflegeschulung für bis zu zwei pflegende nahe Angehörige der versicherten Person. Je Person werden die verbleibenden Kosten der Pflegeschule, nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung, bis zu einem Betrag von max. 150,- Euro erstattet.</p> <p>14. Freizeitbetreuung Eine Freizeitbetreuung für die versicherte Person bis zu insgesamt drei Stunden an zwei Tagen in der Woche. Soweit in den Ziffern 1 bis 14 nichts anderes geregelt ist, werden Sachkosten die im Zusammenhang mit der jeweiligen Dienstleistung anfallen nicht erstattet.</p>
<p>B. Höchstleistungsdauer und Leistungsbegrenzung</p>	<p>1. Die Leistungspflicht des Versicherers endet jeweils drei Monate nach Beginn des Versicherungsfalles. 2. Eine erneute Leistungspflicht des Versicherers besteht erst nach Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des vorangegangenen Versicherungsfalles.</p>
<p>C. Versicherungsfähigkeit</p>	<p>Versicherungsfähig sind alle Personen, die in der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung in Deutschland versichert sind oder waren.</p>

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegevorsorge Akut Teil I

Gültig ab 04/2010

Informationsblatt zu Tarif Pflegevorsorge Akut Leistungen der 24-Stunden-Hotline und Erläuterung der Dienstleistungen

24-Stunden-Hotline

Die versicherten Personen und deren nahe Angehörige können unsere 24-Stunden-Hotline anrufen. Diese bietet Ihnen:

- Informationen und Beratung zu Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bzw. der privaten Pflegeversicherung
- Informationen rund um die Beantragung von Pflegeleistungen
- Informationen zu der Einstufung der versicherten Person zu einer Pflegestufe nach Sozialgesetzbuch
- Hilfe und Informationen zur Beantragung von Sozialhilfe nach dem Sozialgesetzbuch
- Medizinische Informationen zur Feststellung einer Behinderung sowie Beantragung eines Behindertenausweises
- Medizinische Informationen zur Pflegebedürftigkeit
- Benennung von Ärzten/Fachärzten
- Informationen zu pflegerechttem Wohnen und Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person
- Informationen über Freizeit-, Bildungs- und Reiseangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Informationen und Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen
- Informationen und Beratung zu Kraftfahrzeughilfen, Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
- Informationen und Beratung zur betreuten Rückkehr in die eigene Wohnung/das eigene Haus
- Informationen und Beratung zu Selbsthilfegruppen, psychologischer Betreuung, Beratungseinrichtungen, Verbänden, Institutionen sowie sozialen Einrichtungen und ggf. Benennung derselben

Darüber hinaus erhalten Sie:

- An 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr erhalten Sie Informationen, Beratung und Vermittlung zu ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu Einrichtungen zur teilstationären und Kurzzeit-Pflege. Die Vermittlung von ambulanten Pflegediensten sowie stationären Pflegeeinrichtungen jeweils in Deutschland, erfolgt in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Feststellung und Meldung des Versicherungsfalles an die 24-Stunden-Hotline.

Weiterhin erhalten Sie:

- Beratung und Vermittlung von haushaltsunterstützenden Dienstleistungen
- Beratung und Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, Hausnotrufsystemen und Tag- und Nachwachen
- Beratung und Vermittlung von Pflegeschulungen bzw. Pflegeschulungseinrichtungen
- Vermittlung von Behinderten- und Krankenfahrdiensten, Begleit- und Fahrdiensten
- Beratung und Vermittlung zur Freizeitbetreuung

Die Beratung erfolgt während der gesamten Vertragslaufzeit. Eine Vermittlung erfolgt im Versicherungsfall (siehe Bedingungen Tarif Pflegevorsorge Akut) und endet 3 Monate nach Beginn des Versicherungsfalles.

Kostenerstattung der Dienstleistungen

Im Versicherungsfall (siehe Bedingungen Tarif Pflegevorsorge Akut) erstatten wir Ihnen 100 % der Kosten für die im Tarifblatt genannten Dienstleistungen für die Dauer von maximal 3 Monaten und bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500,- Euro, wenn diese von unserem Assistenten vermittelt oder organisiert werden oder der Assistent vorab eine Kostenzusage dafür erteilt hat.

Wie erreiche ich die AXA Krankenversicherung und die 24-Stunden-Hotline?

Unser Assistent für Tarif Pflegevorsorge Akut ist die Firma MD Medicus.

Sie erreichen die 24-Stunden-Hotline der Firma MD Medicus zu allen Themen rund um die Beratung und Vermittlung und darüber hinaus zur Vermittlung von ambulanten Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen und zu den Dienstleistungen unter der Rufnummer: 02 21/148-3 54 13.

Haben Sie allgemeine Fragen zum Vertrag, wie z. B. eine Vertragsänderung oder Fragen zu den Leistungen des Tarifes Pflegevorsorge Akut, dann rufen Sie bitte die AXA Krankenversicherung AG an.

Wir sind erreichbar von Montag bis Freitag von 08:00 bis 18:00 Uhr unter der Rufnummer: 02 21/148-3 54 14.

Wie erfolgt die Abrechnung der Dienstleistungen?

MD Medicus vermittelt die Dienstleistungen gemäß Tarifblatt Pflegevorsorge Akut.

Der beauftragte Dienstleister vermittelt die jeweilige Dienstleistung und erstellt darüber eine Rechnung. Diese wird an die versicherte Person bzw. dessen gesetzlichen Vertreter geschickt. Die Rechnung ist zur Erstattung an die AXA Krankenversicherung AG, 50592 Köln, einzureichen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und zur sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV)

Teil I Bedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld oder ein Pflegegeld sowie sonstige im Tarif festgelegte Leistungen, und erbringt, sofern vereinbart, 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 Abs. 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
3. Die Hilfe im Sinne des Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2 Satz 2 sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wieder-aufsuchen 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 Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
 - a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
 Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
9. Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
10. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil mit Anhang, Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung.
11. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

12. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

13. 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.

14. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung 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 zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher und nicht 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

Es besteht keine Wartezeit.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A Leistungen bei häuslicher Pflege

1. Versicherte Personen erhalten bei häuslicher Pflege Leistungen für Grundpflege hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Abschnitt A. 2. des Tarifs EHP. Erhält eine versicherte Person Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung gemeinschaftlich mit anderen Pflegebedürftigen, so erstattet der Versicherer die Aufwendungen auch dann, wenn diese ganz oder teilweise durch die anderen gepflegten Personen verursacht worden sind, soweit die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bei allen gemeinschaftlich gepflegten Personen sichergestellt ist. Im Rahmen einer solchen gemeinschaftlichen Inanspruchnahme der Leistungen können auch Aufwendungen für Leistungen der allgemeinen Betreuung erstattet werden. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) steht, sowie im Krankenhaus. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen worden sind; Verwandte oder Verschwägerter der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

2. Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Abs. 1 können versicherte Personen ein Pflegegeld gemäß Abschnitt A. 3. des Tarifs EHP beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

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

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

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

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine Pflegeeinrichtung vor Ort oder durch anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der Privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung durchgeführt und bescheinigt werden. Aufwendungen für die Beratung werden die in Abschnitt A. 3.2 des Tarifes EHP genannten Beträge erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab oder stimmt sie der Mitteilung der bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung nicht zu, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.

Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Abs. 16 festgelegt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a SGB XI festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der oben für die Pflegestufen I und II genannten.

5. Nimmt die versicherte Person Aufwendersersatz nach Abs. 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen daneben Leistungen in der in Tarif EHP genannten Höhe. Das gilt auch für Härtefälle.

An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendersersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

6. Ist eine Pflegeperson im Sinne von Abs. 2 Satz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflegekraft im Sinne von Abs. 1 Satz 3 für längstens vier Wochen je Kalenderjahr gemäß Abschnitt A. 4. des Tarifes EHP erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

B Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

7. Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt A. 5. des Tarifes EHP Anspruch auf Leistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen, oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des SGB V gilt entsprechend. Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel oder die technischen Hilfen anpassen oder sich selbst oder die Pflegepersonen in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Abschnitt 5.3. des Tarifes EHP subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

C Teilstationäre Pflege

8. Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt A. 6. des Tarifes EHP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheim) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht oder gepflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI sind nicht erstattungspflichtig.

9. Versicherte Personen erhalten unter den in Abs. 2 genannten Voraussetzungen zusätzlich zu den Leistungen nach Abs. 8 (Teilstationäre Pflege) Pflegegeld nach Abs. 2 gemäß Abschnitt A. 3.1. des Tarifes EHP. Das Pflegegeld wird gemindert, wenn die Aufwendungen nach Abs. 8 (Teilstationäre Pflege) 50 v. H. des in Abschnitt A. 2. des Tarifes EHP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen monatlichen Höchstbetrags übersteigen, und zwar um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Abs. 8 (Teilstationäre Pflege) 50 v. H. des genannten Höchstbetrags übersteigen.

10. Statt Pflegegeld kann neben der Leistung nach Abs. 8 (Teilstationäre Pflege) Aufwendersersatz nach Abs. 1 für häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte im Sinne von Abs. 1 Satz 3 in Anspruch genommen werden. Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 8 dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat 150 v. H. des in Abschnitt A.2. des Tarifes EHP für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen monatlichen Höchstbetrags nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen nach Abs. 1 (Häusliche Pflegehilfe) um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Abs. 8 (Stationäre Pflege) über 50 v. H. in Anspruch genommen werden.

11. Wird die Leistung nach Abs. 8 zusammen mit der Kombination von Pflegegeld nach Abs. 2 und häuslicher Pflegehilfe nach Abs. 1 in Anspruch genommen, bleibt die Leistung der teilstationären Pflege nach Abs. 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v. H. des in Abs. 1 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags nicht übersteigt. Ansonsten findet Abs. 5 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 v. H. auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

D Kurzzeitpflege

12. Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Abschnitt A. 7. des Tarifes EHP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen in einer vollstationären Einrichtung. Abs. 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen besteht in begründeten Einzelfällen auch bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

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

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

E Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

13. Versicherte Personen haben gemäß Abschnitt 1 des Tarifes ESP Anspruch auf Leistungen für allgemeine Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Abs. 8 Sätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

14. Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif ESP in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags.

F Leistungen bei Pflegezeit

15. Für Pflegepersonen, die Beschäftigte gemäß § 3 des Pflegezeitgesetzes (Anhang) sind, und die von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV, Anhang) wird, zahlt der Versicherer der pflegebedürftigen Person auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung. Der Umfang der Zuschüsse sowie der Beiträge ergibt sich aus Abschnitt A. 10. des Tarifes EHP.

G Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

16. Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Abschnitt A. 9. des Tarifes EHP.

Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei Kurzzeitpflege (Abs. 12) und vollstationärer Pflege (Abs. 13) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Vergütungszuschläge gemäß § 87b SGB XI. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung hat und demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen aufweist, und der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

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

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Versicherungsfälle die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz beruhen;
 - c) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;
 - d) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;
 - e) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 werden in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme jedoch weitergezahlt;
 - f) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
 - g) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.
2. Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Pflege oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragsstellung 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.
2. Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, das Vorliegen eines Härtefalls in der Pflegestufe III, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen sind durch Vorlage der aktuellen Unterlagen der Pflegepflichtversicherung nachzuweisen. Bezüglich des Eintritts und des Fortbestehens der in Satz 1 genannten Leistungsvoraussetzungen schließt der Versicherer sich der jeweils aktuellen Einstufung durch die Pflegeversicherung an. Erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der sozialen Pflegepflichtversicherung, muss der Versicherte das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI, bei Entscheidung der Pflegekasse nach Aktenlage den Anerkennungsbescheid der Pflegekasse vorlegen.
3. Die Leistungszusage des Versicherers kann ganz oder teilweise befristet werden; die jeweiligen Leistungen enden in diesem Fall mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann erfolgen, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs im Rahmen der Feststellungen nach Abs. 2 erwartet wird. Die Befristung kann wiederholt werden. Insgesamt darf der Befristungszeitraum die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten.
4. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen dieser den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
5. Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
6. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
8. Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
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 unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Liegt der Versicherungsbeginn in der Zukunft, wird der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate erst zu dem im Versicherungsschein genannten Termin fällig.
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 i. V. m. § 194 Abs. 2 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 ggf. aus dem Tarif ergibt.
6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrages bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.
5. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, 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 Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs für die Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 % oder für die Sterbewahrscheinlichkeiten eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
2. Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Abs. 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Pflegeversicherung 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 Anpassungen von Selbstbehalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1. Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb von 30 Tagen nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 e).
3. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannten versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherer vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 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 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von den Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer einer versicherten Person 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, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Satz 1 kündigt.
Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
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 Voraussetzung der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
4. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 13 genannten, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der 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 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens und bei Änderungen des Leistungsumfanges in der sozialen Pflegeversicherung können die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den geänderten 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.
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.

Gültig ab 07/2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Häusliche Pflegeversicherung

Teil II: Tarif EHP

Tarif/Stufe

**EHP 10, EHP 20, EHP 30, EHP 40, EHP 50, EHP 60, EHP 70, EHP 80, EHP 90, EHP 100,
EHP 110, EHP 120, EHP 130, EHP 140, EHP 150, EHP 160, EHP 170, EHP 180, EHP 190, EHP 200**

A Leistungen des Versicherers

1. Allgemeines

Die für einen Kalendermonat zu zahlenden Leistungen werden nach Maßgabe der Einstufung durch die soziale oder private Pflegepflichtversicherung bemessen.

2. Häusliche Pflege durch Pflege-Fachkräfte

Je Kalendermonat werden je Tarifstufe für Pflegebedürftige in den Pflegestufen folgende Beträge gezahlt:

bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
EHP 10	45 EUR	110 EUR	155 EUR
EHP 20	90 EUR	220 EUR	310 EUR
EHP 30	135 EUR	330 EUR	465 EUR
EHP 40	180 EUR	440 EUR	620 EUR
EHP 50	225 EUR	550 EUR	775 EUR
EHP 60	270 EUR	660 EUR	930 EUR
EHP 70	315 EUR	770 EUR	1.085 EUR
EHP 80	360 EUR	880 EUR	1.240 EUR
EHP 90	405 EUR	990 EUR	1.395 EUR
EHP 100	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR
EHP 110	495 EUR	1.210 EUR	1.705 EUR
EHP 120	540 EUR	1.320 EUR	1.860 EUR
EHP 130	585 EUR	1.430 EUR	2.015 EUR
EHP 140	630 EUR	1.540 EUR	2.170 EUR
EHP 150	675 EUR	1.650 EUR	2.325 EUR
EHP 160	720 EUR	1.760 EUR	2.480 EUR
EHP 170	765 EUR	1.870 EUR	2.635 EUR
EHP 180	810 EUR	1.980 EUR	2.790 EUR
EHP 190	855 EUR	2.090 EUR	2.945 EUR
EHP 200	900 EUR	2.200 EUR	3.100 EUR

In besonders gelagerten Fällen kann zur Vermeidung von Härten versicherter Personen der Pflegestufe III Aufwendersersatz für weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Höchstbetrag von 191,80 Euro je 10er Tarifstufe monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

3. Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer

3.1 Je Kalendermonat werden je Tarifstufe für Pflegebedürftige in den Pflegestufen folgende Beträge gezahlt:

bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
EHP 10	23,50 EUR	44,00 EUR	70,00 EUR
EHP 20	47,00 EUR	88,00 EUR	140,00 EUR
EHP 30	70,50 EUR	132,00 EUR	210,00 EUR
EHP 40	94,00 EUR	176,00 EUR	280,00 EUR
EHP 50	117,50 EUR	220,00 EUR	350,00 EUR
EHP 60	141,00 EUR	264,00 EUR	420,00 EUR
EHP 70	164,50 EUR	308,00 EUR	490,00 EUR
EHP 80	188,00 EUR	352,00 EUR	560,00 EUR
EHP 90	211,50 EUR	396,00 EUR	630,00 EUR
EHP 100	235,00 EUR	440,00 EUR	700,00 EUR
EHP 110	258,50 EUR	484,00 EUR	770,00 EUR
EHP 120	282,00 EUR	528,00 EUR	840,00 EUR
EHP 130	305,50 EUR	572,00 EUR	910,00 EUR
EHP 140	329,00 EUR	616,00 EUR	980,00 EUR
EHP 150	352,50 EUR	660,00 EUR	1.050,00 EUR
EHP 160	376,00 EUR	704,00 EUR	1.120,00 EUR
EHP 170	399,50 EUR	748,00 EUR	1.190,00 EUR
EHP 180	423,00 EUR	792,00 EUR	1.260,00 EUR
EHP 190	446,50 EUR	836,00 EUR	1.330,00 EUR
EHP 200	470,00 EUR	880,00 EUR	1.400,00 EUR

Soweit Häusliche Pflegehilfe im Kalendermonat sowohl durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Helfer als auch durch Pflege-Fachkräfte in Anspruch genommen wird, werden die für Häusliche Pflegehilfe durch Pflege-Fachkräfte (Abschnitt A. 2.) vorgesehenen Beträge gezahlt.

Soweit im Kalendermonat sowohl teilstationäre als auch häusliche Pflege in Anspruch genommen wird, werden die für teilstationäre Pflege (Abschnitt A. 6.) vorgesehenen Beträge gezahlt.

3.2. Für die Beratung werden je 10er Tarifstufe in den Pflegestufen I und II bis zu 2,10 Euro, in Pflegestufe III bis zu 3,10 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Absatz 16 AVB/EPV) werden je 10er Tarifstufe für die Beratung bis zu 2,10 Euro erstattet.

<p>4. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson</p>	<p>Die Erstattung ist im Einzelfall je 10er Tarifstufe auf 155,00 Euro je Kalenderjahr begrenzt, wenn die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.</p> <p>Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe gemäß Abschnitt A.3. des Tarifs begrenzt. Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe der in Satz 1 genannten Beträge.</p>																																																																																				
<p>5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen</p>	<p>Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittel-Verzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen. Das Pflegehilfsmittel-Verzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegemittel-Verzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 AVB/EPV erfüllt sind und die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel und technische Hilfen grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Hilfsmittel und technische Hilfen, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege sondern überwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.</p>																																																																																				
<p>5.1 Technische Pflegehilfsmittel</p>	<p>Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird der in der Pflege-Pflichtversicherung für technische Pflegehilfsmittel vorgesehene Selbstbehalt erstattet. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person die in der Pflege-Pflichtversicherung vorgesehene leihweise Überlassung von Pflegehilfsmitteln ohne zwingenden Grund ablehnt.</p>																																																																																				
<p>5.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel</p>	<p>Aufwendungen von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln werden je 10er Tarifstufe bis zu 3,10 Euro je Kalendermonat erstattet.</p>																																																																																				
<p>5.3 Verbesserung des Wohnumfeldes</p>	<p>Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes je 10er Tarifstufe auf 255,70 Euro (in der Tarifstufe EHP 100 also auf 2.557,00 Euro) je Maßnahme begrenzt.</p>																																																																																				
<p>6. Teilstationäre Pflege</p>	<p>Je Kalendermonat werden je Tarifstufe für Pflegebedürftige in den Pflegestufen folgende Beträge gezahlt:</p> <table border="1" data-bbox="496 786 1142 1357"> <thead> <tr> <th>bei</th> <th>Pflegestufe I</th> <th>Pflegestufe II</th> <th>Pflegestufe III</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>EHP 10</td><td>45 EUR</td><td>110 EUR</td><td>155 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 20</td><td>90 EUR</td><td>220 EUR</td><td>310 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 30</td><td>135 EUR</td><td>330 EUR</td><td>465 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 40</td><td>180 EUR</td><td>440 EUR</td><td>620 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 50</td><td>225 EUR</td><td>550 EUR</td><td>775 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 60</td><td>270 EUR</td><td>660 EUR</td><td>930 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 70</td><td>315 EUR</td><td>770 EUR</td><td>1.085 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 80</td><td>360 EUR</td><td>880 EUR</td><td>1.240 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 90</td><td>405 EUR</td><td>990 EUR</td><td>1.395 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 100</td><td>450 EUR</td><td>1.100 EUR</td><td>1.550 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 110</td><td>495 EUR</td><td>1.210 EUR</td><td>1.705 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 120</td><td>540 EUR</td><td>1.320 EUR</td><td>1.860 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 130</td><td>585 EUR</td><td>1.430 EUR</td><td>2.015 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 140</td><td>630 EUR</td><td>1.540 EUR</td><td>2.170 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 150</td><td>675 EUR</td><td>1.650 EUR</td><td>2.325 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 160</td><td>720 EUR</td><td>1.760 EUR</td><td>2.480 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 170</td><td>765 EUR</td><td>1.870 EUR</td><td>2.635 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 180</td><td>810 EUR</td><td>1.980 EUR</td><td>2.790 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 190</td><td>855 EUR</td><td>2.090 EUR</td><td>2.945 EUR</td></tr> <tr><td>EHP 200</td><td>900 EUR</td><td>2.200 EUR</td><td>3.100 EUR</td></tr> </tbody> </table> <p>Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück erstattungsfähig.</p> <p>Abweichend von § 4 Abs. 8 Satz 5 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei teilstationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze erstattungsfähig.</p>	bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	EHP 10	45 EUR	110 EUR	155 EUR	EHP 20	90 EUR	220 EUR	310 EUR	EHP 30	135 EUR	330 EUR	465 EUR	EHP 40	180 EUR	440 EUR	620 EUR	EHP 50	225 EUR	550 EUR	775 EUR	EHP 60	270 EUR	660 EUR	930 EUR	EHP 70	315 EUR	770 EUR	1.085 EUR	EHP 80	360 EUR	880 EUR	1.240 EUR	EHP 90	405 EUR	990 EUR	1.395 EUR	EHP 100	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR	EHP 110	495 EUR	1.210 EUR	1.705 EUR	EHP 120	540 EUR	1.320 EUR	1.860 EUR	EHP 130	585 EUR	1.430 EUR	2.015 EUR	EHP 140	630 EUR	1.540 EUR	2.170 EUR	EHP 150	675 EUR	1.650 EUR	2.325 EUR	EHP 160	720 EUR	1.760 EUR	2.480 EUR	EHP 170	765 EUR	1.870 EUR	2.635 EUR	EHP 180	810 EUR	1.980 EUR	2.790 EUR	EHP 190	855 EUR	2.090 EUR	2.945 EUR	EHP 200	900 EUR	2.200 EUR	3.100 EUR
bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III																																																																																		
EHP 10	45 EUR	110 EUR	155 EUR																																																																																		
EHP 20	90 EUR	220 EUR	310 EUR																																																																																		
EHP 30	135 EUR	330 EUR	465 EUR																																																																																		
EHP 40	180 EUR	440 EUR	620 EUR																																																																																		
EHP 50	225 EUR	550 EUR	775 EUR																																																																																		
EHP 60	270 EUR	660 EUR	930 EUR																																																																																		
EHP 70	315 EUR	770 EUR	1.085 EUR																																																																																		
EHP 80	360 EUR	880 EUR	1.240 EUR																																																																																		
EHP 90	405 EUR	990 EUR	1.395 EUR																																																																																		
EHP 100	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR																																																																																		
EHP 110	495 EUR	1.210 EUR	1.705 EUR																																																																																		
EHP 120	540 EUR	1.320 EUR	1.860 EUR																																																																																		
EHP 130	585 EUR	1.430 EUR	2.015 EUR																																																																																		
EHP 140	630 EUR	1.540 EUR	2.170 EUR																																																																																		
EHP 150	675 EUR	1.650 EUR	2.325 EUR																																																																																		
EHP 160	720 EUR	1.760 EUR	2.480 EUR																																																																																		
EHP 170	765 EUR	1.870 EUR	2.635 EUR																																																																																		
EHP 180	810 EUR	1.980 EUR	2.790 EUR																																																																																		
EHP 190	855 EUR	2.090 EUR	2.945 EUR																																																																																		
EHP 200	900 EUR	2.200 EUR	3.100 EUR																																																																																		
<p>7. Kurzzeitpflege</p>	<p>Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je 10er Tarifstufe für vier Wochen im Kalenderjahr bis zu 155,00 Euro ersetzt.</p> <p>Abweichend hiervon werden die Aufwendungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen entsprechend § 4 Abs. 12 Satz 3 AVB/EPV erstattet. Enthalten diese Aufwendungen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, ohne gesondert ausgewiesen zu werden, so besteht Anspruch auf Erstattung in Höhe von 60 vom Hundert.</p>																																																																																				
<p>8. Zusatzleistungen</p>	<p>An den Versicherten wird bei Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (s. A.3.) ein Pflegegeld gezahlt, deren Höhe bemessen wird nach dem der Tarifstufe entsprechenden Prozentsatz der in der Pflegeversicherung zu zahlenden Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson (s. § 4 Abs. 13 MB/PPV 2009). Den Nachweis über die gezahlten Sozialleistungen hat der Versicherungsnehmer – oder vertretungsweise die Pflegehilfe – zu erbringen.</p>																																																																																				
<p>9. Zusätzliche Betreuungsleistungen</p>	<p>Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege, der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 6 AVB/EPV, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind, der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung gemäß § 4 Abs. 16 MB/PPV vermittelt worden sind, <p>werden je 10er Tarifstufe bis zu 10,- Euro (Grundbetrag) oder 20,- Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3 MB/PPV) festgelegt. Die Beträge können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.</p>																																																																																				

<p>10. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen</p>	<p>Angehörige eines Pflegebedürftigen können sich bis zu 6 Monate von der Arbeit freistellen lassen, um sich um die Pflege zu kümmern – ein Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht während dieser Zeit nicht. Die pflegende Person erhält aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung während der Pflegezeit in den Fällen, in denen keine anderweitige Absicherung (smöglichkeit) – insbesondere Familienversicherung – besteht, einen Beitragszuschuss zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung.</p> <p>Sofern dieser Zuschuss nicht den gesamten Beitrag zur Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abdeckt, leistet der Tarif EHP je 10er Tarifstufe weitere 10% des aus der Pflegepflichtversicherung gezahlten Zuschusses, jedoch aus allen versicherten Stufen EHP 10-EHP 100 nicht mehr als der tatsächlich zu tragende Eigenanteil nach anderweitigen Zuschüssen.</p>
<p>B Dynamik</p>	<p>Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen. Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat.</p> <p>Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.</p> <p>Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.</p> <p>Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10 MB/PPV i. V. m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherungen EHP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.</p>

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 01/2012

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Ergänzende Stationäre Pflegeversicherung

Teil II: Tarif ESP

Tarif/Stufe

**ESP 10, ESP 20, ESP 30, ESP 40, ESP 50, ESP 60, ESP 70, ESP 80, ESP 90, ESP 100,
ESP 110, ESP 120, ESP 130, ESP 140, ESP 150, ESP 160, ESP 170, ESP 180, ESP 190, ESP 200**

1 Leistungen des Versicherers

1.1. Vollstationäre Pflege

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung und für medizinische Behandlungspflege unabhängig von der Pflegestufe je Kalendermonat je Tarifstufe in folgender Höhe erstattet:

ESP 10	155 EUR	ESP 110	1.705 EUR
ESP 20	310 EUR	ESP 120	1.860 EUR
ESP 30	465 EUR	ESP 130	2.015 EUR
ESP 40	620 EUR	ESP 140	2.170 EUR
ESP 50	775 EUR	ESP 150	2.325 EUR
ESP 60	930 EUR	ESP 160	2.480 EUR
ESP 70	1.085 EUR	ESP 170	2.635 EUR
ESP 80	1.240 EUR	ESP 180	2.790 EUR
ESP 90	1.395 EUR	ESP 190	2.945 EUR
ESP 100	1.550 EUR	ESP 200	3.100 EUR

Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen je Tarifstufe je Kalendermonat bis zu folgender Höhe ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt:

ESP 10	191,80 EUR	ESP 110	2.109,80 EUR
ESP 20	383,60 EUR	ESP 120	2.301,60 EUR
ESP 30	575,40 EUR	ESP 130	2.493,40 EUR
ESP 40	767,20 EUR	ESP 140	2.685,20 EUR
ESP 50	959,00 EUR	ESP 150	2.877,00 EUR
ESP 60	1.150,80 EUR	ESP 160	3.068,80 EUR
ESP 70	1.342,60 EUR	ESP 170	3.260,60 EUR
ESP 80	1.534,40 EUR	ESP 180	3.452,40 EUR
ESP 90	1.726,20 EUR	ESP 190	3.644,20 EUR
ESP 100	1.918,00 EUR	ESP 200	3.836,00 EUR

Bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange aufgrund gesetzlicher Vorschriften der Pflegeplatz für ihn freigehalten wird.

Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege, obwohl dies nicht erforderlich ist, erhalten sie je Tarifstufe einen Zuschuss:

bei	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
ESP 10	45 EUR	110 EUR	155 EUR
ESP 20	90 EUR	220 EUR	310 EUR
ESP 30	135 EUR	330 EUR	465 EUR
ESP 40	180 EUR	440 EUR	620 EUR
ESP 50	225 EUR	550 EUR	775 EUR
ESP 60	270 EUR	660 EUR	930 EUR
ESP 70	315 EUR	770 EUR	1.085 EUR
ESP 80	360 EUR	880 EUR	1.240 EUR
ESP 90	405 EUR	990 EUR	1.395 EUR
ESP 100	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR
ESP 110	495 EUR	1.210 EUR	1.705 EUR
ESP 120	540 EUR	1.320 EUR	1.860 EUR
ESP 130	585 EUR	1.430 EUR	2.015 EUR
ESP 140	630 EUR	1.540 EUR	2.170 EUR
ESP 150	675 EUR	1.650 EUR	2.325 EUR
ESP 160	720 EUR	1.760 EUR	2.480 EUR
ESP 170	765 EUR	1.870 EUR	2.635 EUR
ESP 180	810 EUR	1.980 EUR	2.790 EUR
ESP 190	855 EUR	2.090 EUR	2.945 EUR
ESP 200	900 EUR	2.200 EUR	3.100 EUR

Abweichend von § 4 Abs. 13 Satz 2 AVB/EPV sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege im Rahmen der tariflichen Höchstsätze gem. Nr. 1 des Tarifes erstattungsfähig.

<p>1.2 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</p> <p>1.3. Allgemeines</p>	<p>Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden die Aufwendungen gemäß Abschnitt 1.1 mit einem Betrag in Höhe von 10 v. H. des nach § 93 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens unten genannte Beträge je Tarifstufe je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise nicht als Tage der vollstationären Pflege.</p> <p>Höchstbeträge:</p> <table border="0"> <tr> <td>ESP 10</td><td>25,60 EUR</td><td>ESP 110</td><td>281,60 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 20</td><td>51,20 EUR</td><td>ESP 120</td><td>307,20 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 30</td><td>76,80 EUR</td><td>ESP 130</td><td>332,80 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 40</td><td>102,40 EUR</td><td>ESP 140</td><td>358,40 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 50</td><td>128,00 EUR</td><td>ESP 150</td><td>384,00 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 60</td><td>153,60 EUR</td><td>ESP 160</td><td>409,60 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 70</td><td>179,20 EUR</td><td>ESP 170</td><td>435,20 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 80</td><td>204,80 EUR</td><td>ESP 180</td><td>460,80 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 90</td><td>230,40 EUR</td><td>ESP 190</td><td>486,40 EUR</td></tr> <tr> <td>ESP 100</td><td>256,00 EUR</td><td>ESP 200</td><td>512,00 EUR</td></tr> </table> <p>Werden die versicherten Höchstsätze der Leistungen durch die nachgewiesenen Kosten, die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleiben, nicht zu 100% in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer die Differenz zwischen nachgewiesenen Kosten und versicherten Höchstsätzen zusätzlich als Pflegegeld.</p>	ESP 10	25,60 EUR	ESP 110	281,60 EUR	ESP 20	51,20 EUR	ESP 120	307,20 EUR	ESP 30	76,80 EUR	ESP 130	332,80 EUR	ESP 40	102,40 EUR	ESP 140	358,40 EUR	ESP 50	128,00 EUR	ESP 150	384,00 EUR	ESP 60	153,60 EUR	ESP 160	409,60 EUR	ESP 70	179,20 EUR	ESP 170	435,20 EUR	ESP 80	204,80 EUR	ESP 180	460,80 EUR	ESP 90	230,40 EUR	ESP 190	486,40 EUR	ESP 100	256,00 EUR	ESP 200	512,00 EUR
ESP 10	25,60 EUR	ESP 110	281,60 EUR																																						
ESP 20	51,20 EUR	ESP 120	307,20 EUR																																						
ESP 30	76,80 EUR	ESP 130	332,80 EUR																																						
ESP 40	102,40 EUR	ESP 140	358,40 EUR																																						
ESP 50	128,00 EUR	ESP 150	384,00 EUR																																						
ESP 60	153,60 EUR	ESP 160	409,60 EUR																																						
ESP 70	179,20 EUR	ESP 170	435,20 EUR																																						
ESP 80	204,80 EUR	ESP 180	460,80 EUR																																						
ESP 90	230,40 EUR	ESP 190	486,40 EUR																																						
ESP 100	256,00 EUR	ESP 200	512,00 EUR																																						
<p>2 Dynamik</p>	<p>Der Versicherer beobachtet jährlich die Kostenentwicklung in allen Pflegebereichen und bietet bei entsprechender Steigerung der Kosten ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der versicherten Leistungssätze an. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Angebot des Versicherers abzulehnen, teilweise oder ganz anzunehmen.</p> <p>Erhöhungsangebote unterbleiben, wenn der Versicherungsnehmer die Erhöhung zweimal abgelehnt hat.</p> <p>Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt.</p> <p>Wurden besondere Bedingungen vereinbart, gelten diese für den erhöhten Versicherungsschutz entsprechend.</p> <p>Werden die Leistungen der Pflegepflichtversicherung nach § 1 Abs. 10, Satz 3 MB/PPV 2009 i.V.m. § 30 Pflegepflichtgesetz angepasst, so werden gemäß § 18 AVB/EPV auch die Tarifleistungen der Ergänzungsversicherung ESP in gleicher prozentualer Höhe angepasst.</p> <p>Gemäß § 43 und § 43 a SGB XI erfolgen Erhöhungen der Leistungen für stationäre Pflege aus der Pflegepflichtversicherung kraft Gesetzes zum 1.1.2010 und zum 1.1.2012. Entsprechend werden auch die Leistungen der Pflegeergänzungstarife zu den genannten Zeitpunkten erhöht.</p>																																								

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Ergänzungsversicherungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung (AVB/EPV), Teil I Bedingungen.

Gültig ab 01/2012