



Bayerische Beamten Versicherungen

BBV Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Tarife A, SV und Z Tarif KH

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 1994 (MB/KK 94)

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende der Versicherung

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

Sonstige Bestimmungen

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

Teil III Tarife

- Tarif A Krankheitskostenversicherung für ambulante Heilbehandlung
- Tarif SV Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung
- Tarif Z Krankheitskostenversicherung für Zahnärztliche Behandlung
- Tarife A, SV und Z Besondere Bedingungen für in Ausbildung befindliche Personen (Alter 18 - 33)

- Tarif KH Krankenhaustagegeld

Auszüge aus den zugrunde liegenden Gesetzestexten (VVG, VAG, SGB V)

Hinweis: Teil I der AVB enthält die für alle PKV-Unternehmen einheitlichen Musterbedingungen
Teil II der AVB enthält spezielle Bedingungen der BBV-Tarife
Teil III enthält die Tarifierklärungen, die Beitragsraten und den gesetzlichen Zuschlag in EUR

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Stand 1.1.2004

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muß die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen 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) 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 verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit

dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluß vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

II

- (1) **Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.**
- (2) **Der Versicherer gewährt während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muß der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz solange die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.**

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

II

- (1) *Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird (vgl. auch §§ 13 und 14). Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.*
- (2) *Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.*
- (3) *Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 94 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.*

§ 3 Wartezeiten

I

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten 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 einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, daß die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluß beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

II

- (1) *Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.*

- (2) *Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluß mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.*
- (3) *Das Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst von Beamten mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge wird dem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.*
- (4) *In der Krankheitskostenvollversicherung wird Personen, die bei einem privaten Krankenversicherer aus einer Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, daß die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde, der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 MB/KK 94 im unmittelbaren Anschluß beginnen soll und die Vorversicherung nicht seitens des Versicherers gekündigt wurde.*

Eine Krankheitskostenvollversicherung liegt vor, wenn für die zu versichernde Person Krankheitskostenvollversicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung beantragt wird bzw. besteht.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

II

(1) a) **Ambulante ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85).**

b) **Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate, kosmetische und Desinfektionsmittel, Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind.**

Als Arzneimittel gelten jedoch auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

c) **Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Krankengymnastik, Atmungsbehandlungen, Stimmbildungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).**

d) **Als Hilfsmittel gelten technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Dazu gehören nicht Behandlungs- und medizinisch-technische Geräte sowie sanitäre Bedarfsmittel. Aufwendungen für Betriebsfähigkeit, Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln sind nicht erstattungsfähig.**

Kleine Hilfsmittel sind Brillen oder Kontaktlinsen, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen und orthopädische Schuhe; große Hilfsmittel sind Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Krankenfahrstühle.

(2) **Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlung (konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Paradontose sowie vorbeugende Untersuchungen), Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen und Stifzähne) sowie Kieferorthopädie und Gebißfunktionsprüfung im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Zahnärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. Dazu gehören auch die Kosten des Heil- und Kostenplans.**

(3) **Stationäre Leistungen umfassen**

a) **Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.**

b) **Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung.**

c) **Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird das Krankenhaustagegeld bzw. das Ersatzkrankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 10 Tagen für jeden folgenden Tag gezahlt.**

d) **Teilstationäre Behandlung Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.**

(4) **Bei Bezug von Erziehungsgeld aufgrund gesetzlicher Bestimmungen wird von Beginn der Zahlung des Erziehungsgeldes an bis zu 6 Monate für den Erziehungsgeldempfänger Beitragsfreistellung für alle Krankheitskostentarife, die diese Beitragsfreistellung vorsehen, gewährt. Der Bezug von Erziehungsgeld ist dem Versicherer nachzuweisen.**

(5) a) **Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beiträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.**

b) **Die der RfB zugewiesenen Beträge werden nur zugunsten der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschubanteile entfällt, zur Abwendung eines Notstandes (z.B. Verlustdeckung) heranzuziehen.**

c) **Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand. Als Form der Überschubbeteiligung kann gewählt werden: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, befristete oder unbefristete Beitragssenkung, Leistungserhöhung, Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.**

d) **Die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung werden den Versicherungsnehmern bekanntgegeben.**

(6) **Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, so ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht. Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandler in Anspruch genommen bzw. die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.**

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluß eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) (entfallen)
 - 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.
- (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.

II

- (1) **Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; ebenso sind bei einer Behandlung durch Heilpraktiker Überschreitungen der Höchstsätze nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH 85) nicht erstattungsfähig.**
- (2) **Die Einschränkung nach § 5 (1) e) MB/KK 94 entfällt insgesamt.**

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden dem Eigentum des Versicherers.
- (2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

II

- (1) **Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen. Rezepte sind mit der dazugehörigen Rechnung des Behandlers einzureichen, es sei denn, daß die Krankheitsbezeichnung auf dem Rezept vom Behandler vermerkt ist. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen.**
- (2) **Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.**
- (3) **Als Kurs des Tages gilt der offizielle Eu-**

ro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichung 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.

- (4) *Von den Versicherungsleistungen werden Kosten nur abgezogen, wenn der Versicherer Überweisungen ins Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.*
- (5) *Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.*

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, daß sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 38 Abs. 1, 39 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (6) Die Beiträge bzw. Beitragsraten sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

II

- (1) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.*
- (2) *Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 17. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für Erwachsene nach dem Eintrittsalter 18 Jahre zu zahlen.*
- (3) *Der Versicherer verzichtet auf die Erhebung von Mahnkosten.*

§ 8 a Beitragsberechnung

I

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, daß eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen an gerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemißt sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

II

- (1) *Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, daß dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlaß eingeräumt wird.*
- (2) *Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die gemäß den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen verwendet.*

§ 8 b Beitragsanpassung

I

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dem entsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, so werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepaßt.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen 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.

II

Der zumindest jährlich für jeden Tarif durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für jede Beobachtungseinheit (Kinder / Jugendliche, männliche Erwachsene / Auszubildende, weibliche Erwachsene / Auszubildende) des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt.

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10 %. Ergibt die Gegenüberstellung bei mindestens einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als diesem Vomhundertsatz, so werden die Tarifbeiträge aller Beobachtungseinheiten überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt.

Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Bei-

träge aller Beobachtungseinheiten des Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden.

In beiden Fällen können auch betragsmäßige Selbstbehalte, Ersatzkrankenhaustagegelder sowie betragsmäßig festgelegte Leistungshöchstsätze mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden.

§ 9 Obliegenheiten

I

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

II

(1) Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs.1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegen Dritte

I

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

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankensicherstellungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, daß bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens

kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 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) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

II

Eine Krankheitskostenversicherung im Sinne der MB/KK 94 liegt vor, wenn für die einzelne Person Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der Krankheitskostenversicherung, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

II

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes aus Deutschland, es sei denn, es wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt. Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes beantragt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Bei nur vorübergehender Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

II

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

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

§ 17 Klagefrist/Gerichtsstand

I

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, so ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von 6 Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder den Sitz oder die Niederlassung seines Geschäfts- oder Gewerbebetriebs hat.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstgerichtlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c) und d) ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

- (2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- (3) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des 2. 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. 3 gilt entsprechend.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

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

Tarif A

Krankheitskostenversicherung für ambulante Heilbehandlung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif A gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen - MB/KK 94
Teil II Tarifbedingungen

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der AVB sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- a) Ambulante ärztliche Leistungen und Behandlungen durch Heilpraktiker
- b) Arzneimittel
- c) Verbandmittel
- d) Heilmittel
- e) Große Hilfsmittel
- f) Kleine Hilfsmittel bis zu 130,- EUR je Hilfsmittel bzw. Hilfsmittelpaar
- g) Hebammenleistungen bei ambulanter Entbindung
- h) Psychotherapie, wenn sie von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren durchgeführt wird. Darüber hinaus von einem in eigener Praxis tätigen und im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Leistungen für Psychotherapie werden bis zu 25 Sitzungen im Kalenderjahr erbracht. Darüber hinausgehenden Leistungen muß der Versicherer vor Behandlungsbeginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zustimmen.
- i) Während des Bezugs von Kindererziehungsgeld wird der Erziehungsgeldempfänger von der Beitragszahlung nach diesem Tarif bis zu höchstens 6 Monaten freigestellt (§ 4 Teil II nr. 4 AVB). Diese Beitragsfreistellung wird nicht auf einen ggf. vereinbarten Selbstbehalt angerechnet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen je Kalenderjahr und versicherte Person werden ersetzt im Tarif

| | | | | |
|----|---|----------|--|---------|
| A0 | : | zu 100% | | |
| A1 | : | zu 100 % | jährlicher Selbstbehalt je versicherte Person | 315 EUR |
| A2 | : | zu 100 % | jährlicher Selbstbehalt je versicherte Person | 630 EUR |

Beiträge

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12 Abs. 4a VAG zu entrichten (siehe Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz). Der Zuschlag beträgt 10 % der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben. Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif A, SV und Z ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

Tarif A

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Männer

| Männer Alter | A0 | | A1 | | A2 | |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 126,68 | 12,67 | 84,95 | 8,50 | 57,77 | 5,78 |
| 19 | 129,03 | 12,90 | 86,53 | 8,65 | 59,13 | 5,91 |
| 20 | 131,49 | 13,15 | 88,37 | 8,84 | 60,57 | 6,06 |
| 21 | 134,24 | 13,42 | 90,41 | 9,04 | 62,12 | 6,21 |
| 22 | 136,99 | 13,70 | 92,65 | 9,27 | 63,86 | 6,39 |
| 23 | 139,94 | 13,99 | 95,08 | 9,51 | 65,77 | 6,58 |
| 24 | 142,98 | 14,30 | 97,71 | 9,77 | 67,74 | 6,77 |
| 25 | 146,02 | 14,60 | 100,48 | 10,05 | 69,92 | 6,99 |
| 26 | 149,26 | 14,93 | 103,50 | 10,35 | 72,17 | 7,22 |
| 27 | 152,70 | 15,27 | 106,66 | 10,67 | 74,57 | 7,46 |
| 28 | 156,24 | 15,62 | 109,95 | 11,00 | 77,10 | 7,71 |
| 29 | 159,97 | 16,00 | 113,44 | 11,34 | 79,77 | 7,98 |
| 30 | 163,80 | 16,38 | 117,06 | 11,71 | 82,57 | 8,26 |
| 31 | 167,92 | 16,79 | 120,94 | 12,09 | 85,52 | 8,55 |
| 32 | 172,34 | 17,23 | 124,95 | 12,50 | 88,62 | 8,86 |
| 33 | 176,76 | 17,68 | 129,10 | 12,91 | 91,92 | 9,19 |
| 34 | 181,47 | 18,15 | 133,44 | 13,34 | 95,37 | 9,54 |
| 35 | 186,48 | 18,65 | 137,92 | 13,79 | 99,02 | 9,90 |
| 36 | 191,69 | 19,17 | 142,59 | 14,26 | 102,82 | 10,28 |
| 37 | 197,09 | 19,71 | 147,39 | 14,74 | 106,78 | 10,68 |
| 38 | 202,78 | 20,28 | 152,39 | 15,24 | 110,93 | 11,09 |
| 39 | 208,58 | 20,86 | 157,59 | 15,76 | 115,27 | 11,53 |
| 40 | 214,57 | 21,46 | 162,92 | 16,29 | 119,78 | 11,98 |
| 41 | 220,85 | 22,09 | 168,45 | 16,85 | 124,47 | 12,45 |
| 42 | 227,43 | 22,74 | 174,24 | 17,42 | 129,40 | 12,94 |
| 43 | 234,11 | 23,41 | 180,16 | 18,02 | 134,48 | 13,45 |
| 44 | 241,08 | 24,11 | 186,21 | 18,62 | 139,76 | 13,98 |
| 45 | 248,35 | 24,84 | 192,53 | 19,25 | 145,27 | 14,53 |
| 46 | 255,71 | 25,57 | 198,98 | 19,90 | 150,93 | 15,09 |
| 47 | 263,37 | 26,34 | 205,56 | 20,56 | 156,75 | 15,68 |
| 48 | 271,42 | 27,14 | 212,40 | 21,24 | 162,77 | 16,28 |
| 49 | 279,67 | 27,97 | 219,31 | 21,93 | 168,97 | 16,90 |
| 50 | 288,22 | 28,82 | 226,42 | 22,64 | 175,30 | 17,53 |
| 51 | 296,76 | 29,68 | 233,66 | 23,37 | 181,82 | 18,18 |
| 52 | 305,50 | 30,55 | 241,16 | 24,12 | 188,45 | 18,85 |
| 53 | 314,34 | 31,43 | 248,72 | 24,87 | 195,28 | 19,53 |
| 54 | 323,08 | 32,31 | 256,49 | 25,65 | 202,23 | 20,22 |
| 55 | 331,92 | 33,19 | 264,38 | 26,44 | 209,33 | 20,93 |
| 56 | 340,75 | 34,08 | 272,48 | 27,25 | 216,54 | 21,65 |
| 57 | 349,79 | 34,98 | 280,70 | 28,07 | 223,91 | 22,39 |
| 58 | 358,92 | 35,89 | 289,06 | 28,91 | 231,52 | 23,15 |
| 59 | 368,35 | 36,84 | 297,48 | 29,75 | 239,24 | 23,92 |
| 60 | 377,78 | 37,78 | 306,10 | 30,61 | 247,12 | 24,71 |
| 61 | 387,60 | - | 314,79 | - | 255,23 | - |
| 62 | 397,42 | - | 323,54 | - | 263,41 | - |
| 63 | 407,43 | - | 332,42 | - | 271,60 | - |
| 64 | 417,45 | - | 341,24 | - | 279,90 | - |
| Kinder 0-17 | 86,03 | - | 49,88 | - | 27,58 | - |

Tarif A

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Frauen

| Frauen Alter | A0 | | A1 | | A2 | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 207,28 | 20,73 | 139,14 | 13,91 | 96,22 | 9,62 |
| 19 | 214,44 | 21,44 | 144,26 | 14,43 | 100,23 | 10,02 |
| 20 | 221,42 | 22,14 | 149,50 | 14,95 | 104,24 | 10,42 |
| 21 | 227,87 | 22,79 | 154,50 | 15,45 | 108,25 | 10,83 |
| 22 | 234,13 | 23,41 | 159,36 | 15,94 | 112,17 | 11,22 |
| 23 | 239,50 | 23,95 | 164,22 | 16,42 | 115,84 | 11,58 |
| 24 | 244,51 | 24,45 | 168,70 | 16,87 | 119,33 | 11,93 |
| 25 | 249,17 | 24,92 | 173,06 | 17,31 | 122,49 | 12,25 |
| 26 | 253,11 | 25,31 | 177,15 | 17,72 | 125,56 | 12,56 |
| 27 | 256,51 | 25,65 | 180,99 | 18,10 | 128,55 | 12,86 |
| 28 | 259,91 | 25,99 | 184,70 | 18,47 | 131,28 | 13,13 |
| 29 | 262,95 | 26,30 | 188,16 | 18,82 | 134,09 | 13,41 |
| 30 | 265,82 | 26,58 | 191,62 | 19,16 | 136,91 | 13,69 |
| 31 | 268,68 | 26,87 | 195,07 | 19,51 | 139,64 | 13,96 |
| 32 | 271,54 | 27,15 | 198,40 | 19,84 | 142,37 | 14,24 |
| 33 | 274,59 | 27,46 | 201,86 | 20,19 | 145,27 | 14,53 |
| 34 | 277,63 | 27,76 | 205,44 | 20,54 | 148,34 | 14,83 |
| 35 | 280,85 | 28,09 | 209,02 | 20,90 | 151,49 | 15,15 |
| 36 | 284,43 | 28,44 | 213,12 | 21,31 | 154,82 | 15,48 |
| 37 | 288,37 | 28,84 | 217,09 | 21,71 | 158,32 | 15,83 |
| 38 | 292,49 | 29,25 | 221,31 | 22,13 | 162,16 | 16,22 |
| 39 | 296,96 | 29,70 | 225,79 | 22,58 | 166,08 | 16,61 |
| 40 | 301,79 | 30,18 | 230,66 | 23,07 | 170,34 | 17,03 |
| 41 | 306,99 | 30,70 | 235,65 | 23,57 | 174,78 | 17,48 |
| 42 | 312,53 | 31,25 | 240,64 | 24,06 | 179,39 | 17,94 |
| 43 | 318,26 | 31,83 | 246,02 | 24,60 | 184,08 | 18,41 |
| 44 | 324,35 | 32,44 | 251,39 | 25,14 | 188,85 | 18,89 |
| 45 | 330,61 | 33,06 | 256,90 | 25,69 | 193,80 | 19,38 |
| 46 | 336,70 | 33,67 | 262,53 | 26,25 | 198,83 | 19,88 |
| 47 | 342,96 | 34,30 | 268,16 | 26,82 | 203,78 | 20,38 |
| 48 | 348,87 | 34,89 | 273,79 | 27,38 | 208,73 | 20,87 |
| 49 | 354,78 | 35,48 | 279,55 | 27,96 | 213,68 | 21,37 |
| 50 | 360,69 | 36,07 | 285,06 | 28,51 | 218,54 | 21,85 |
| 51 | 366,41 | 36,64 | 290,56 | 29,06 | 223,40 | 22,34 |
| 52 | 371,96 | 37,20 | 295,94 | 29,59 | 228,09 | 22,81 |
| 53 | 377,33 | 37,73 | 301,44 | 30,14 | 232,78 | 23,28 |
| 54 | 382,52 | 38,25 | 306,69 | 30,67 | 237,30 | 23,73 |
| 55 | 387,71 | 38,77 | 311,81 | 31,18 | 241,83 | 24,18 |
| 56 | 393,08 | 39,31 | 316,80 | 31,68 | 246,18 | 24,62 |
| 57 | 398,10 | 39,81 | 321,92 | 32,19 | 250,44 | 25,04 |
| 58 | 403,11 | 40,31 | 326,91 | 32,69 | 254,79 | 25,48 |
| 59 | 408,12 | 40,81 | 331,78 | 33,18 | 258,97 | 25,90 |
| 60 | 413,13 | 41,31 | 336,90 | 33,69 | 263,24 | 26,32 |
| 61 | 417,97 | - | 341,76 | - | 267,50 | - |
| 62 | 422,80 | - | 346,75 | - | 271,85 | - |
| 63 | 427,45 | - | 351,74 | - | 276,29 | - |
| 64 | 432,29 | - | 356,86 | - | 280,81 | - |
| Kinder 0-17 | 86,03 | - | 49,88 | - | 27,58 | - |

Tarif SV

Krankheitskostenversicherung für stationäre Heilbehandlung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif SV gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen - MB/KK 94

Teil II Tarifbedingungen

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der AVB sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

Nach Tarif SV3

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung)
 - allgemeiner Pflegesatz
 - besonderer Pflegesatz
 - Sonderentgelt
 - gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes
 - Kosten einer Beleghebamme
- b) Transportkosten im Krankenwagen zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus.

Nach Tarif SV2

- a) Wahlleistungen (gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung)
 - gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer
 - privatärztliche Behandlung
- b) Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes aus dem Ausland nach Deutschland, sofern ein Unfall vorliegt oder die Auslandsreise nicht gegen ärztlichen Rat angetreten wurde und ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland nicht sichergestellt ist. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten. Die planmäßige Dauer ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen nachzuweisen.
- c) Transport von Blutkonserven in Länder¹⁾, in denen bei den dort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden muß.

Der Tarif SV2 kann nur zusätzlich zu Tarif SV3 bestehen und endet mit diesem.

Nach Tarif SV1

- a) Wahlleistungen (gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung)
 - Differenzkosten zwischen den Wahlleistungen »gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer« und »gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer«
- b) die nach Abzug der Leistungen für Tarif SV2 und ggf. anderweitiger Erstattungsleistungen (z.B. aus öffentlich-rechtlichen Beihilfeschritten) verbleibenden Kosten einer privatärztlichen Behandlung, wobei auf die Einschränkung nach § 5 Teil II Nr. 1 der AVB verzichtet wird.

Der Tarif SV1 kann nur zusätzlich zu Tarif SV2 bestehen und endet mit diesem.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% ersetzt. Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 25 Tage pro Kalenderjahr; darüber hinausgehenden Leistungen muß der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

Wird auf Kostenerstattung versicherter Leistungen verzichtet, so wird ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

Aus dem Tarif SV1

– bei Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer 16,- EUR

Aus dem Tarif SV2

– bei Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer 16,- EUR

Aus dem Tarif SV2

– bei Verzicht auf privatärztliche Versorgung 16,- EUR

Während des Bezugs von Kindererziehungsgeld wird der Erziehungsgeldempfänger von der Beitragszahlung nach diesem Tarif bis zu höchstens 6 Monate freigestellt (§ 4 Teil II Nr. 4 AVB). Diese Beitragsfreistellung wird nicht auf einen ggf. vereinbarten Selbstbehalt angerechnet.

¹⁾ Die in Frage kommenden Länder können beim Versicherer erfragt werden.

Beiträge

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12 Abs. 4a VAG zu entrichten (siehe Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz). Der Zuschlag beträgt 10 % der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben. Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif A, SV und Z ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

Tarif SV

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Männer

| Männer Alter | SV3 | | SV2 | | SV1 | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 35,88 | 3,59 | 20,56 | 2,06 | 6,17 | 0,62 |
| 19 | 37,02 | 3,70 | 21,19 | 2,12 | 6,29 | 0,63 |
| 20 | 38,22 | 3,82 | 21,87 | 2,19 | 6,42 | 0,64 |
| 21 | 39,51 | 3,95 | 22,62 | 2,26 | 6,56 | 0,66 |
| 22 | 40,85 | 4,09 | 23,40 | 2,34 | 6,70 | 0,67 |
| 23 | 42,26 | 4,23 | 24,21 | 2,42 | 6,85 | 0,69 |
| 24 | 43,73 | 4,37 | 25,07 | 2,51 | 7,01 | 0,70 |
| 25 | 45,24 | 4,52 | 25,95 | 2,60 | 7,18 | 0,72 |
| 26 | 46,80 | 4,68 | 26,87 | 2,69 | 7,37 | 0,74 |
| 27 | 48,42 | 4,84 | 27,83 | 2,78 | 7,56 | 0,76 |
| 28 | 50,09 | 5,01 | 28,82 | 2,88 | 7,77 | 0,78 |
| 29 | 51,83 | 5,18 | 29,86 | 2,99 | 7,99 | 0,80 |
| 30 | 53,66 | 5,37 | 30,95 | 3,10 | 8,22 | 0,82 |
| 31 | 55,57 | 5,56 | 32,10 | 3,21 | 8,46 | 0,85 |
| 32 | 57,58 | 5,76 | 33,30 | 3,33 | 8,72 | 0,87 |
| 33 | 59,69 | 5,97 | 34,56 | 3,46 | 8,99 | 0,90 |
| 34 | 61,90 | 6,19 | 35,90 | 3,59 | 9,27 | 0,93 |
| 35 | 64,22 | 6,42 | 37,30 | 3,73 | 9,55 | 0,96 |
| 36 | 66,65 | 6,67 | 38,77 | 3,88 | 9,85 | 0,99 |
| 37 | 69,23 | 6,92 | 40,32 | 4,03 | 10,16 | 1,02 |
| 38 | 71,93 | 7,19 | 41,93 | 4,19 | 10,47 | 1,05 |
| 39 | 74,78 | 7,48 | 43,63 | 4,36 | 10,80 | 1,08 |
| 40 | 77,78 | 7,78 | 45,41 | 4,54 | 11,14 | 1,11 |
| 41 | 80,90 | 8,09 | 47,26 | 4,73 | 11,49 | 1,15 |
| 42 | 84,17 | 8,42 | 49,20 | 4,92 | 11,85 | 1,19 |
| 43 | 87,61 | 8,76 | 51,22 | 5,12 | 12,22 | 1,22 |
| 44 | 91,22 | 9,12 | 53,31 | 5,33 | 12,60 | 1,26 |
| 45 | 94,95 | 9,50 | 55,51 | 5,55 | 12,99 | 1,30 |
| 46 | 98,77 | 9,88 | 57,79 | 5,78 | 13,39 | 1,34 |
| 47 | 102,75 | 10,28 | 60,16 | 6,02 | 13,81 | 1,38 |
| 48 | 106,87 | 10,69 | 62,62 | 6,26 | 14,22 | 1,42 |
| 49 | 111,11 | 11,11 | 65,17 | 6,52 | 14,66 | 1,47 |
| 50 | 115,60 | 11,56 | 67,81 | 6,78 | 15,11 | 1,51 |
| 51 | 120,28 | 12,03 | 70,55 | 7,06 | 15,57 | 1,56 |
| 52 | 125,14 | 12,51 | 73,36 | 7,34 | 16,05 | 1,61 |
| 53 | 130,17 | 13,02 | 76,28 | 7,63 | 16,54 | 1,65 |
| 54 | 135,34 | 13,53 | 79,30 | 7,93 | 17,06 | 1,71 |
| 55 | 140,66 | 14,07 | 82,40 | 8,24 | 17,58 | 1,76 |
| 56 | 146,14 | 14,61 | 85,60 | 8,56 | 18,11 | 1,81 |
| 57 | 151,71 | 15,17 | 88,89 | 8,89 | 18,65 | 1,87 |
| 58 | 157,39 | 15,74 | 92,26 | 9,23 | 19,21 | 1,92 |
| 59 | 163,18 | 16,32 | 95,72 | 9,57 | 19,78 | 1,98 |
| 60 | 169,06 | 16,91 | 99,24 | 9,92 | 20,37 | 2,04 |
| 61 | 175,01 | - | 102,80 | - | 20,96 | - |
| 62 | 181,02 | - | 106,40 | - | 21,58 | - |
| 63 | 187,08 | - | 110,03 | - | 22,21 | - |
| 64 | 193,17 | - | 113,67 | - | 22,86 | - |
| Kinder 0-17 | 27,67 | - | 7,81 | - | 2,39 | - |

Tarif SV

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Frauen

| Frauen Alter | SV3 | | SV2 | | SV1 | |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 49,91 | 4,99 | 29,65 | 2,97 | 7,73 | 0,77 |
| 19 | 51,69 | 5,17 | 30,86 | 3,09 | 7,88 | 0,79 |
| 20 | 53,31 | 5,33 | 31,98 | 3,20 | 8,04 | 0,80 |
| 21 | 54,78 | 5,48 | 33,01 | 3,30 | 8,20 | 0,82 |
| 22 | 56,02 | 5,60 | 33,87 | 3,39 | 8,36 | 0,84 |
| 23 | 57,09 | 5,71 | 34,59 | 3,46 | 8,52 | 0,85 |
| 24 | 57,96 | 5,80 | 35,13 | 3,51 | 8,68 | 0,87 |
| 25 | 58,68 | 5,87 | 35,69 | 3,57 | 8,84 | 0,88 |
| 26 | 59,30 | 5,93 | 36,26 | 3,63 | 8,99 | 0,90 |
| 27 | 59,80 | 5,98 | 36,82 | 3,68 | 9,15 | 0,92 |
| 28 | 60,33 | 6,03 | 37,38 | 3,74 | 9,30 | 0,93 |
| 29 | 60,86 | 6,09 | 37,95 | 3,80 | 9,45 | 0,95 |
| 30 | 61,45 | 6,15 | 38,53 | 3,85 | 9,61 | 0,96 |
| 31 | 62,14 | 6,21 | 39,13 | 3,91 | 9,76 | 0,98 |
| 32 | 63,01 | 6,30 | 39,77 | 3,98 | 9,93 | 0,99 |
| 33 | 63,95 | 6,40 | 40,39 | 4,04 | 10,11 | 1,01 |
| 34 | 65,10 | 6,51 | 41,03 | 4,10 | 10,29 | 1,03 |
| 35 | 66,35 | 6,64 | 41,77 | 4,18 | 10,49 | 1,05 |
| 36 | 67,78 | 6,78 | 42,59 | 4,26 | 10,70 | 1,07 |
| 37 | 69,38 | 6,94 | 43,48 | 4,35 | 10,92 | 1,09 |
| 38 | 71,12 | 7,11 | 44,51 | 4,45 | 11,16 | 1,12 |
| 39 | 73,03 | 7,30 | 45,60 | 4,56 | 11,41 | 1,14 |
| 40 | 75,08 | 7,51 | 46,80 | 4,68 | 11,68 | 1,17 |
| 41 | 77,27 | 7,73 | 48,10 | 4,81 | 11,96 | 1,20 |
| 42 | 79,61 | 7,96 | 49,48 | 4,95 | 12,26 | 1,23 |
| 43 | 82,10 | 8,21 | 50,96 | 5,10 | 12,57 | 1,26 |
| 44 | 84,72 | 8,47 | 52,57 | 5,26 | 12,89 | 1,29 |
| 45 | 87,44 | 8,74 | 54,22 | 5,42 | 13,22 | 1,32 |
| 46 | 90,21 | 9,02 | 55,91 | 5,59 | 13,56 | 1,36 |
| 47 | 93,11 | 9,31 | 57,62 | 5,76 | 13,91 | 1,39 |
| 48 | 96,05 | 9,61 | 59,42 | 5,94 | 14,27 | 1,43 |
| 49 | 99,04 | 9,90 | 61,23 | 6,12 | 14,64 | 1,46 |
| 50 | 102,10 | 10,21 | 63,13 | 6,31 | 15,02 | 1,50 |
| 51 | 105,25 | 10,53 | 65,02 | 6,50 | 15,41 | 1,54 |
| 52 | 108,49 | 10,85 | 66,98 | 6,70 | 15,80 | 1,58 |
| 53 | 111,77 | 11,18 | 69,00 | 6,90 | 16,21 | 1,62 |
| 54 | 115,14 | 11,51 | 71,06 | 7,11 | 16,62 | 1,66 |
| 55 | 118,63 | 11,86 | 73,19 | 7,32 | 17,06 | 1,71 |
| 56 | 122,16 | 12,22 | 75,37 | 7,54 | 17,50 | 1,75 |
| 57 | 125,84 | 12,58 | 77,62 | 7,76 | 17,96 | 1,80 |
| 58 | 129,58 | 12,96 | 79,93 | 7,99 | 18,43 | 1,84 |
| 59 | 133,45 | 13,35 | 82,34 | 8,23 | 18,91 | 1,89 |
| 60 | 137,44 | 13,74 | 84,79 | 8,48 | 19,42 | 1,94 |
| 61 | 141,46 | - | 87,29 | - | 19,94 | - |
| 62 | 145,61 | - | 89,87 | - | 20,48 | - |
| 63 | 149,86 | - | 92,50 | - | 21,04 | - |
| 64 | 154,22 | - | 95,23 | - | 21,62 | - |
| Kinder 0-17 | 27,67 | - | 7,81 | - | 2,39 | - |

Tarif Z

Krankheitskostenversicherung für zahnärztliche Behandlung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif Z gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen - MB/KK 94
Teil II Tarifbedingungen

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der AVB sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

| | nach Tarif | |
|--|------------|------|
| | Z 100 | Z 80 |
| 1. Zahnbehandlung zu | 100 % | 80 % |
| 2. Zahnersatz, Kieferorthopädie und Gebißfunktionsprüfung zu wenn dem Versicherer Befunderhebung und vor Beginn der vorgesehenen Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorgelegt wird, | 80 % | 60 % |
| sonst zu | 60 % | 50 % |

Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan innerhalb von 2 Wochen zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren.

Während des Bezugs von Kindererziehungsgeld wird der Erziehungsgeldempfänger von der Beitragszahlung nach diesem Tarif bis zu höchstens 6 Monaten freigestellt (§ 4 Teil II Nr. 4 AVB). Diese Beitragsfreistellung wird nicht auf einen ggf. vereinbarten Selbstbehalt angerechnet.

Der Tarif Z kann nur in Verbindung mit einem Tarif für ambulante Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer der ambulante Teil fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif Z.

Erläuterungen:

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.

Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für prothetische (einschl. der Versorgung mit Kronen), implantologische und bei der Eingliederung von Aufbißhilfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.

Kosten für Kieferorthopädie und Gebißfunktionsprüfung sind die Gebühren für kieferorthopädische sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.

Beiträge

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 12 Abs. 4a VAG zu entrichten (siehe Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz). Der Zuschlag beträgt 10 % der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben. Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif A, SV und Z ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

Tarif Z

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Männer

| Männer Alter | Z 100/80 | | Z 80/60 | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 38,15 | 3,82 | 26,43 | 2,64 |
| 19 | 38,55 | 3,86 | 26,70 | 2,67 |
| 20 | 38,98 | 3,90 | 27,00 | 2,70 |
| 21 | 39,38 | 3,94 | 27,28 | 2,73 |
| 22 | 39,84 | 3,98 | 27,60 | 2,76 |
| 23 | 40,27 | 4,03 | 27,90 | 2,79 |
| 24 | 40,74 | 4,07 | 28,22 | 2,82 |
| 25 | 41,17 | 4,12 | 28,52 | 2,85 |
| 26 | 41,60 | 4,16 | 28,82 | 2,88 |
| 27 | 42,00 | 4,20 | 29,10 | 2,91 |
| 28 | 42,40 | 4,24 | 29,37 | 2,94 |
| 29 | 42,79 | 4,28 | 29,65 | 2,97 |
| 30 | 43,19 | 4,32 | 29,92 | 2,99 |
| 31 | 43,56 | 4,36 | 30,18 | 3,02 |
| 32 | 43,96 | 4,40 | 30,45 | 3,05 |
| 33 | 44,32 | 4,43 | 30,71 | 3,07 |
| 34 | 44,72 | 4,47 | 30,98 | 3,10 |
| 35 | 45,12 | 4,51 | 31,26 | 3,13 |
| 36 | 45,52 | 4,55 | 31,53 | 3,15 |
| 37 | 45,95 | 4,60 | 31,83 | 3,18 |
| 38 | 46,35 | 4,64 | 32,11 | 3,21 |
| 39 | 46,78 | 4,68 | 32,41 | 3,24 |
| 40 | 47,24 | 4,72 | 32,73 | 3,27 |
| 41 | 47,71 | 4,77 | 33,05 | 3,31 |
| 42 | 48,17 | 4,82 | 33,37 | 3,34 |
| 43 | 48,67 | 4,87 | 33,72 | 3,37 |
| 44 | 49,14 | 4,91 | 34,04 | 3,40 |
| 45 | 49,60 | 4,96 | 34,36 | 3,44 |
| 46 | 50,07 | 5,01 | 34,68 | 3,47 |
| 47 | 50,53 | 5,05 | 35,01 | 3,50 |
| 48 | 51,00 | 5,10 | 35,33 | 3,53 |
| 49 | 51,46 | 5,15 | 35,65 | 3,57 |
| 50 | 51,92 | 5,19 | 35,97 | 3,60 |
| 51 | 52,36 | 5,24 | 36,27 | 3,63 |
| 52 | 52,75 | 5,28 | 36,55 | 3,66 |
| 53 | 53,12 | 5,31 | 36,80 | 3,68 |
| 54 | 53,49 | 5,35 | 37,05 | 3,71 |
| 55 | 53,78 | 5,38 | 37,26 | 3,73 |
| 56 | 54,08 | 5,41 | 37,47 | 3,75 |
| 57 | 54,28 | 5,43 | 37,61 | 3,76 |
| 58 | 54,48 | 5,45 | 37,74 | 3,77 |
| 59 | 54,61 | 5,46 | 37,84 | 3,78 |
| 60 | 54,71 | 5,47 | 37,90 | 3,79 |
| 61 | 54,78 | - | 37,95 | - |
| 62 | 54,81 | - | 37,97 | - |
| 63 | 54,81 | - | 37,97 | - |
| 64 | 54,81 | - | 37,97 | - |
| Kinder 0-17 | 29,23 | - | 20,17 | - |

01.2004

Tarif Z

Tarifliche monatliche Beitragsrate [in EUR], Frauen

| Frauen Alter | Z 100/80 | | Z 80/60 | |
|-----------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag | monatliche Beitragsrate | gesetzlicher Zuschlag |
| 18 | 55,44 | 5,54 | 39,46 | 3,95 |
| 19 | 56,41 | 5,64 | 40,15 | 4,02 |
| 20 | 57,48 | 5,75 | 40,91 | 4,09 |
| 21 | 58,55 | 5,86 | 41,67 | 4,17 |
| 22 | 59,62 | 5,96 | 42,43 | 4,24 |
| 23 | 60,74 | 6,07 | 43,23 | 4,32 |
| 24 | 61,66 | 6,17 | 43,89 | 4,39 |
| 25 | 62,48 | 6,25 | 44,47 | 4,45 |
| 26 | 63,24 | 6,32 | 45,01 | 4,50 |
| 27 | 63,85 | 6,39 | 45,45 | 4,55 |
| 28 | 64,41 | 6,44 | 45,85 | 4,59 |
| 29 | 64,92 | 6,49 | 46,21 | 4,62 |
| 30 | 65,33 | 6,53 | 46,50 | 4,65 |
| 31 | 65,74 | 6,57 | 46,79 | 4,68 |
| 32 | 66,10 | 6,61 | 47,04 | 4,70 |
| 33 | 66,50 | 6,65 | 47,34 | 4,73 |
| 34 | 66,86 | 6,69 | 47,59 | 4,76 |
| 35 | 67,27 | 6,73 | 47,88 | 4,79 |
| 36 | 67,73 | 6,77 | 48,21 | 4,82 |
| 37 | 68,19 | 6,82 | 48,53 | 4,85 |
| 38 | 68,65 | 6,87 | 48,86 | 4,89 |
| 39 | 69,16 | 6,92 | 49,22 | 4,92 |
| 40 | 69,72 | 6,97 | 49,62 | 4,96 |
| 41 | 70,28 | 7,03 | 50,02 | 5,00 |
| 42 | 70,84 | 7,08 | 50,42 | 5,04 |
| 43 | 71,45 | 7,15 | 50,86 | 5,09 |
| 44 | 72,01 | 7,20 | 51,26 | 5,13 |
| 45 | 72,52 | 7,25 | 51,62 | 5,16 |
| 46 | 73,08 | 7,31 | 52,02 | 5,20 |
| 47 | 73,59 | 7,36 | 52,38 | 5,24 |
| 48 | 74,10 | 7,41 | 52,74 | 5,27 |
| 49 | 74,56 | 7,46 | 53,07 | 5,31 |
| 50 | 74,97 | 7,50 | 53,36 | 5,34 |
| 51 | 75,38 | 7,54 | 53,65 | 5,37 |
| 52 | 75,74 | 7,57 | 53,91 | 5,39 |
| 53 | 76,04 | 7,60 | 54,12 | 5,41 |
| 54 | 76,30 | 7,63 | 54,30 | 5,43 |
| 55 | 76,55 | 7,66 | 54,49 | 5,45 |
| 56 | 76,76 | 7,68 | 54,63 | 5,46 |
| 57 | 76,91 | 7,69 | 54,74 | 5,47 |
| 58 | 77,01 | 7,70 | 54,81 | 5,48 |
| 59 | 77,11 | 7,71 | 54,89 | 5,49 |
| 60 | 77,21 | 7,72 | 54,96 | 5,50 |
| 61 | 77,21 | - | 54,96 | - |
| 62 | 77,27 | - | 54,99 | - |
| 63 | 77,27 | - | 54,99 | - |
| 64 | 77,27 | - | 54,99 | - |
| Kinder 0-17 | 29,23 | - | 20,17 | - |

01.2004

Tarife A, SV und Z

Besondere Bedingungen für in Ausbildung befindliche Personen (Alter 18 - 33)

1. Aufnahmefähig sind Personen während der wissenschaftlichen Ausbildung an einer Hochschule (Studenten) und Schüler. Voraussetzung für die Aufnahmefähigkeit ist, daß sie das 33. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Die Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.
3. Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats,
 - a) in dem die Ausbildung oder das Studium endet,
 - b) in dem die Ausbildung oder das Studium vorzeitig aufgegeben wird bzw. mehr als 6 Monate unterbrochen ist,
 - c) in dem das 34. Lebensjahr vollendet wird,
 - d) in dem die Höchstversicherungsdauer von 72 Monaten erreicht ist.
Im Falle eines begründeten Antrags der versicherten Person kann die Höchstversicherungsdauer einmalig um längstens 18 Monate verlängert werden (z.B. wegen Abschlusses einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung), soweit der Beendigungsgrund 3c) dem nicht entgegensteht.
4. Endet die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen, erfolgt zum Ersten des Folgemonats eine Umstellung auf den Tarif, der dem bisherigen Leistungsumfang entspricht, nach dem Eintrittsalter, das zu dem Termin, zu dem die Umstellung wirksam wird, erreicht ist. Bestand vor dem Beginn der Besonderen Bedingungen für in Ausbildung befindliche Personen eine Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung angerechnet.
5. Die Beendigungsgründe 3 a) und b) sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten seit ihrem Eintritt anzuzeigen. Wird diese Frist nicht eingehalten, erfolgt die Umstellung des Versicherungsschutzes rückwirkend zu dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Termin. Eine durch rückwirkende Umstellung auftretende Beitragsdifferenz ist vom Versicherer zurück- bzw. vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
6. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zu dem Termin, zu dem die Umstellung (Nr. 4 und 5) wirksam wird, zu kündigen. Die Kündigung kann nur innerhalb von 2 Monaten seit Durchführung der Umstellung erfolgen.
7. Die monatliche Beitragsrate richtet sich nach dem erreichten Alter; maßgeblich ist die Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
8. Die Bestimmungen für Beitragsanpassungen (§ 8b der AVB) bleiben unberührt.

Monatliche Beitragsraten [in EUR]

| Tarife | Alter 18 - 20 | | Alter 21 - 25 | | Alter 26 - 30 | | Alter 31 - 34 | |
|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | Mann | Frau | Mann | Frau | Mann | Frau | Mann | Frau |
| A0 | 69,66 | 104,86 | 73,45 | 135,05 | 77,13 | 162,82 | 80,09 | 173,51 |
| A1 | 41,61 | 62,04 | 41,61 | 80,78 | 42,15 | 100,76 | 46,06 | 111,99 |
| A2 | 24,78 | 37,89 | 25,26 | 53,51 | 25,75 | 67,97 | 26,88 | 74,55 |
| SV3 | 11,83 | 22,58 | 13,71 | 31,47 | 15,61 | 33,53 | 17,01 | 33,53 |
| SV2 | 6,67 | 12,10 | 7,54 | 18,75 | 8,45 | 20,33 | 9,13 | 21,65 |
| SV1 | 2,43 | 3,28 | 2,57 | 3,92 | 2,57 | 4,72 | 2,63 | 4,86 |
| Z100 | 27,94 | 38,09 | 29,12 | 43,03 | 30,74 | 49,51 | 31,92 | 51,90 |
| Z80 | 19,36 | 27,11 | 20,17 | 30,63 | 21,30 | 35,24 | 22,11 | 36,94 |

01.2004

Tarif KH

Krankenhaustagegeldversicherung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif KH gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen - MB/KK 94 -
Teil II Tarifbedingungen

Versicherungsleistungen

Für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes wird ohne Kostennachweis ein Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe gezahlt.

Bei stationärer Behandlung in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 10 Tagen für jeden folgenden Tag gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Das Krankenhaustagegeld kann nur in ganzen Vielfachen von 5 EUR versichert werden und darf 60 EUR nicht übersteigen.

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer 25 Tage pro Kalenderjahr; darüber hinausgehenden Leistungen muß der Versicherer vorher schriftlich zustimmen.

Monatliche Beitragsraten [in EUR] für 5 EUR Krankenhaustagegeld

| Alter | KH | |
|-------|--------|--------|
| | Männer | Frauen |
| 18 | 0,76 | 0,98 |
| 19 | 0,79 | 1,00 |
| 20 | 0,81 | 1,03 |
| 21 | 0,84 | 1,06 |
| 22 | 0,86 | 1,09 |
| 23 | 0,89 | 1,12 |
| 24 | 0,92 | 1,14 |
| 25 | 0,95 | 1,17 |
| 26 | 0,98 | 1,20 |
| 27 | 1,01 | 1,22 |
| 28 | 1,05 | 1,25 |
| 29 | 1,08 | 1,27 |
| 30 | 1,12 | 1,30 |
| 31 | 1,16 | 1,32 |
| 32 | 1,21 | 1,35 |
| 33 | 1,25 | 1,38 |
| 34 | 1,30 | 1,41 |
| 35 | 1,35 | 1,45 |
| 36 | 1,41 | 1,48 |
| 37 | 1,46 | 1,52 |
| 38 | 1,52 | 1,57 |
| 39 | 1,58 | 1,61 |
| 40 | 1,64 | 1,66 |
| 41 | 1,70 | 1,71 |
| 42 | 1,77 | 1,76 |

| Alter | KH | |
|--------|--------|--------|
| | Männer | Frauen |
| 43 | 1,84 | 1,82 |
| 44 | 1,91 | 1,88 |
| 45 | 1,98 | 1,94 |
| 46 | 2,05 | 2,00 |
| 47 | 2,13 | 2,06 |
| 48 | 2,21 | 2,13 |
| 49 | 2,29 | 2,19 |
| 50 | 2,37 | 2,26 |
| 51 | 2,46 | 2,33 |
| 52 | 2,55 | 2,41 |
| 53 | 2,64 | 2,48 |
| 54 | 2,74 | 2,56 |
| 55 | 2,84 | 2,64 |
| 56 | 2,94 | 2,72 |
| 57 | 3,04 | 2,81 |
| 58 | 3,15 | 2,90 |
| 59 | 3,26 | 2,99 |
| 60 | 3,37 | 3,08 |
| 61 | 3,48 | 3,18 |
| 62 | 3,60 | 3,28 |
| 63 | 3,72 | 3,39 |
| 64 | 3,85 | 3,49 |
| Kinder | | |
| 0 - 17 | 0,32 | 0,32 |

01.2004

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend abgedruckt.

§ 6 Obliegenheitsverletzungen

(1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 11 Fälligkeit

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

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge des Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrags alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrenumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 17 Unrichtige Anzeige

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Aussage gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18 Schriftliche Fragen

(2) Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrenumstände an Hand schriftlicher von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19 Vertragsabschluß durch Vertreter

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20 Ausübung des Rücktritts

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen

Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen.

§ 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, daß Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses

(1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen der Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung aufgrund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluß der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 67 Gesetzlicher Förderungsübergang

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 178 a Versicherungsnahe

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden.

(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 49 bis 51, 55 bis 60 und 62 bis 68a anzuwenden. Die Vorschriften der §§ 23 bis 30 und des § 41 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden.

(3) Versicherte Person ist die Person, auf die die Versicherung genommen wird. Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und ihr Verhalten in Betracht.

(4) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann, ist unbefristet. Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 3 kann für die Krankenhaustagegeldversicherung eine Mindestdauer bis zu drei Jahren vereinbart werden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

§ 178 b Haftung des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung haftet der Versicherer im vereinbarten Umfang für die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Versorgungsleistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

(2) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei

medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(3) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen.

(4) In der Pflegekrankenversicherung haftet der Versicherer im Fall der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegegeldversicherung).

§ 178 c Wartezeiten

(1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate und als besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate nicht überschreiten. In der Pflegekrankenversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.

(2) Personen, die aus einer gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, sofern die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zum unmittelbaren Anschluß daran beantragt wird. Gleiches gilt für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.

§ 178 d Neugeborene oder adoptierte Kinder

(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens ein Elternteil eine Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, so ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig.

(3) Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.

§ 178 e Änderung des Beihilfeanspruchs

Ändert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des Öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, daß der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpaßt, daß dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung gestellt, hat der Versicherer den angepaßten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren.

§ 178 f Anträge auf Wechsel in andere Tarife

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, daß diese 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.

(2) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

§ 178 g Prämie nach technischen Berechnungsgrundlagen

(1) Bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, kann der Versicherer nur die sich daraus ergebende Prämie verlangen. Unbeschadet bleibt die Möglichkeit, mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluß zu vereinbaren.

(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber der technischen Berechnungsgrundlage und der daraus errechneten Prämie berechtigt, die Prämie entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat.

(3) Ist bei einem Versicherungsverhältnis, bei dem die Prämie entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen nach den §§ 12 und 12a in Verbindung mit § 12c des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnen ist, das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen,

so ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Ist in den Versicherungsbedingungen eine Bestimmung unwirksam, findet Satz 1 entsprechende Anwendung, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist.

(4) Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden Änderungen nach den Absätzen 2 und 3 zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 178 h Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestversicherungsdauer in der Krankheitskosten- und 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, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskosten-, eine Krankentagegeld- oder eine Pflegekrankenversicherung rückwirkend zum Eintritt in die Versicherungspflicht kündigen. 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 gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, 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 deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, so kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von einem Monat nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhe oder die Leistungsminde rung 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, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Schluß des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

§ 178 i Kündigung des Versicherers

(1) Die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ist ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuß des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 1 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

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

(3) Die ordentliche Kündigung eines Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherer ist zulässig, wenn die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen können.

§ 178 k Rücktritt

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Absatz 4a

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung

nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Ausbildungs-, Auslands- und Reisekrankenversicherungen mit vereinbarten Vertragslaufzeiten und bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

§ 12 a

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen, gutzuschreiben. Diese Gutschrift beträgt 90 vom Hundert der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr

vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten ist von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 vom Hundert direkt gutzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahre 2001 beginnt, jährlich um zwei vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2a) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus

Prämienhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass an Stelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Bis zum Bilanzstichtag, der auf den 1. Januar 2010 folgt, dürfen abweichend von Satz 1 25 vom Hundert auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann insoweit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrags, der für einen versicherungspflichtig Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, nach § 249 Abs. 2 Nr. 3 als Beitrag zu tragen hätte.

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

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) 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 sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen.
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

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

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2 a bis 2 c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigten Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2 a Satz 1 Nr. 2 c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

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

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des aus dem Vorruhestandsgeld bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) und neun Zehntel des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen als Beitrag errechneten Betrages, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden.