

Private Kranken-Zusatzversicherung



Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

R+V Krankenversicherung AG,
Deutschland, Reg.-Nr. 4116

Tarife Klinik (K1U, K2U, K3U)

Dieses Informationsblatt ist ein kurzer Überblick. Es ist daher nicht vollständig. Die vollständigen Informationen finden Sie in den vorvertraglichen Informationen sowie den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Kranken-Zusatzversicherung nach einem Tarif Klinik an. Hierzu können Sie die besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (BETU) wählen.



Was ist versichert?

- ✓ Versicherungsschutz besteht bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit und Unfallfolgen (Tarife K1U, K2U), in Tarif K3U nur für Unfallfolgen.
- ✓ Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Welche Kosten übernehmen wir?

Wir erstatten die Kosten für:

- ✓ Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Tarif K1U)
- ✓ Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer (Tarife K2U, K3U)
- ✓ privatärztliche Behandlung, sogenannte Chefarztbehandlung, inklusive Psychotherapie
- ✓ Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistung
- ✓ Belegarztkosten, die die gesetzliche Krankenkasse (GKV) nicht übernimmt
- ✓ Mehrkosten, die die GKV infolge freier Krankenhauswahl nicht übernimmt
- ✓ ambulante Operationen im Krankenhaus
- ✓ Rooming-In unter bestimmten Voraussetzungen
- ✓ Nachhilfeunterricht unter bestimmten Voraussetzungen
- ✓ Rücktransportkosten oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen bis 45 Tage
- ✓ Transportkosten (Tarife K1U, K2U)
- ✓ Geburtspauschale (Tarife K1U, K2U)

o Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (BETU):

Ab 1. Juli des Jahres, in dem die versicherte Person 65 Jahre alt wird, vermindert sich der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person um den Betrag, den Sie mit uns vereinbart haben.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss begonnen haben, es sei denn, wir sagen hierfür Versicherungsschutz zu.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Behandlung durch Ehegatten, Kinder, Eltern (Honorar).
- ✗ Mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- ✗ Stationäre Zahnbehandlung, Zahnersatz
- ✗ Kinderwunschbehandlung inklusive Komplikationen
- ✗ Aufwendungen, für die ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfall-, Rentenversicherung oder auf gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge besteht



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif Sie vereinbaren.
- ! Einschränkungen kann es bei stationärer Behandlung im Ausland oder in Krankenhäusern in Deutschland geben, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen.
- ! Ohne Vorleistung der GKV kann es zu Leistungseinschränkungen kommen, z. B. bei ambulanten Operationen, Behandlungen in Privatkliniken oder im Ausland.
- ! Für bestimmte Leistungen, z. B. Ambulante Operationen, Rooming-In, Nachhilfeunterricht, sind Leistungshöchstsätze vorhanden.
- ! Bei stationärer Psychotherapie leisten wir für maximal 30 Tage im Kalenderjahr, es sei denn, wir sagen vorher darüber hinausgehende Leistungen zu
- ! In Tarif K3U besteht Versicherungsschutz nur für Behandlungen infolge von Unfällen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, unter bestimmten Voraussetzungen auch in außereuropäischen Ländern.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten, die von Ihnen abgegebenen Erklärungen müssen den Tatsachen entsprechen. Ansonsten gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.
- Für manche Leistungen müssen wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine Zusage geben, z. B. wenn Sie ein Krankenhaus aufsuchen wollen, das auch Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführt oder Rekonvaleszenten aufnimmt (eine sogenannte gemischte Anstalt).
- Sie sind verpflichtet, uns spezifizierte Originalbelege einzureichen und jede Auskunft zu erteilen, die wir zur Feststellung eines Versicherungsfalls und unserer Leistungsverpflichtung benötigen. Wir können verlangen, dass die versicherte Person sich durch einen Arzt untersuchen lässt, den wir beauftragen.

- Wird für eine versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei einem weiteren Versicherer vereinbart oder endet die Versicherung einer versicherten Person in der gesetzlichen Krankenversicherung, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.



Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist unmittelbar nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Liegt der vereinbarte Versicherungsbeginn in der Zukunft, ist der Beitrag zu diesem Zeitpunkt zu zahlen. Jeden weiteren Beitrag müssen Sie zum Ersten des vereinbarten Zahlungsintervalls zahlen.
- Sie können monatliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise wählen und uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses, z. B. wenn die versicherte Person stirbt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahrs (Versicherungsjahr = Kalenderjahr), frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahrs, kündigen. Das muss spätestens 3 Monate vor dem Ende des Kalenderjahrs geschehen.
- Erhöhen wir die Beiträge können Sie den Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Stand: 23.02.2018

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)	5
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	10
Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden	11

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013)	13
---	----

Teil III Tarife

Krankheitskostenversicherungen für Nicht-Beihilfeberechtigte

Tarife AGIL classic pro (CP0U bis CP3U) Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Dreibettzimmer ohne privatärztliche Behandlung	37
Tarife AGIL comfort (MP0U bis MP3U) - Primärarzttarife mit Leistungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung	46
Tarife AGIL premium (TN0U bis TN3U) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung	55
Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler in den Tarifen AGIL classic (EP0U - EP3U), AGIL classic pro (CP0U - CP3U), AGIL comfort (MP0U - MP3U), AGIL premium (TN0U - TN3U)	62

Krankheitskostenversicherungen für Beihilfeberechtigte

Grundtarife für Beihilfeberechtigte - ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung - Tarife BB (BB10-50, BB20E, BB00) und BH (BH20-50)	63
Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB1	75
Beihilfe-Ergänzungstarife EB für nach einem Tarif BB oder BH versicherte Beihilfeberechtigte - Tarif EB2	83
Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer - Tarife W1 (W110 bis W100 und W120E)	90
Wahlleistungstarife für Beihilfeberechtigte für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer - Tarife W2 (W210 bis W200 und W220E)	98

Krankheitskosten-Zusatzversicherungen und Krankenhaustagegeldversicherung

Tarif SG 1U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	106
Tarif SG 2U - Krankheitskostenversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Heilbehandlung im Zweibettzimmer	109
Tarif 10U - Krankenhaustagegeld	112
Tarif EG 3U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	113
Tarif EG 4U - Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	117
Tarif AGU - Kostenerstattung ambulant	121
Tarife ZE 30U, ZE 40U - Ergänzungstarife für Zahnersatz für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse	123
Tarif Blick + Check premium (BC1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	125
Tarif Blick + Check comfort (BC2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	127
Tarif Blick + Check classic (BC3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen und Vorsorgeuntersuchungen	129

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Tarif Klinik premium (K1U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	131
Tarif Klinik comfort (K2U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer	136
Tarif Klinik classic (K3U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen	140
Tarif Zahn premium (Z1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	145
Tarif Zahn comfort (Z2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	148
Tarif Zahn classic (Z3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz	151
Tarif Premium plus (P1U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	153
Tarif Comfort plus (P2U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	157
Tarif Classic plus (P3U) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz, Sehhilfen und Vorsorge	161
Tarif NaturMedizin (N1U) Zusatzversicherung für ambulante Behandlung mittels Naturheilverfahren	164
Tarif Mitglieder premium (M1U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	166
Tarif Mitglieder comfort (M2U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	171
Tarif Mitglieder classic (M3U) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder von Genossenschaften und Versicherte von bestimmten gesetzlichen Krankenkassen	176
Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter	
WBETU, BETU - Besondere Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter	180

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK (AVB/ZV, ZK)

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Tarife ZV und ZK für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (AVB/ZV, ZK)	182
---	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach den Tarifen FernWeh (ARED) für Einzelpersonen und FernWeh Familie (ARFD) (AVB/AR)	195
--	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB/KT 2017) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2017)	208
---	-----

Teil III Tarife

Tarife TE-Krankentagegeld	231
---------------------------	-----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017)

Teile I und II

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (AVB/GEPV 2017) (Teil I Musterbedingungen 2017 §§ 1-27 und Teil II Tarifbedingungen 2017)	234
--	-----

Teil III Tarife

Pflege FörderBahr Tarif PKB - Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung	251
--	-----

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegeversicherung (AVB/EPV)	253
---	-----

Teil II Tarife

Tarife PflegeVorsorge premium (PM1), PflegeVorsorge comfort (PM2) und PflegeVorsorge classic (PM3) - Pflegemonatsgeld	265
Tarif PflegeVorsorge cash (PE)	273
Tarife MitgliederPflege premium (PM1M), MitgliederPflege comfort (PM2M) und MitgliederPflege classic (PM3M) - Pflegemonatsgeld	277
Tarif MitgliederPflege cash (PEM)	286

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (AVB/PZV)	290
Tarif PTU - Pflegetagegeld bei Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5	304

Anwartschaftsversicherungen und Optionstarif

AWG - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die große Anwartschaftsversicherung	306
AWKL - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung	308
Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Optionstarif OT (AVB/OT)	311
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung nach Tarif OTB (AVB/OTB)	315

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV)

Teil I Musterbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung	317
---	-----

Teil II Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge nach § 110 Absatz 2 und § 26a Absatz 1 SGB XI	341
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif nach § 193 Absatz 5 VVG	343
Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI	344
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	345

Teil III Tarifbedingungen

Tarif PP mit Tarifstufen PPN und PPB	346
Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	354
Informationen Private Pflegeberatung	359

IV. Überleitungsregelungen

Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017	361
---	-----

Anwartschaftsversicherungen zur privaten Pflegepflichtversicherung

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)	364
Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (KANW-PPV)	366

Anhang: Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	368
Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	372
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)	373
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)	378
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)	380
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)	390
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII)	398
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)	399
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)	400
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	430
Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	431
Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	433
Auszug aus dem Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG)	434
Auszug aus dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG)	435
Auszug aus dem Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz - FPfZG)	437
Auszug aus der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)	438
Auszug aus dem Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)	439
Auszug aus der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)	440
Auszug aus dem Soldatengesetz (SG)	441
Auszug aus dem 2. Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)	442

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung	444
---------------------------------	-----

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger
Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Stefan Huhn, Dr. Matthias Ising.
Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 114106943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln an, der nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft.

Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Telefaxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

(Anmerkung der R+V Krankenversicherung AG: In dem nachfolgend angedruckten Abschnitt 2 ist der Unterabschnitt 2 für Sie nur dann relevant, wenn Sie eine substitutive Krankenversicherung beantragt haben, d.h. eine Versicherung, die den Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenkasse oder Pflegekasse ganz oder teilweise ersetzen kann.)

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
 - **die Vertragsbestimmungen,**
einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - **diese Belehrung,**
 - **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
 - **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**
- jeweils in Textform zugegangen sind.**

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden
Telefax: 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de
Internetadresse: www.ruv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Der jeweilige Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch

- Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
 13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
 14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
 15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
 16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei der substitutiven Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht finden Sie jeweils in den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen, für den Tarif PKB in den §§ 17 und 18 der AVB/GEPU bzw. Nrn. 7, 8 des Tarifs OT und Nr. 6 des Tarifs OTB.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Verbraucherschlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

Die R+V Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann übt diese Funktion aus. Bei Beschwerden können Sie daher das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei ihm in Anspruch nehmen. Wir erklären, dass wir an einem solchen Verfahren teilnehmen. Die Anschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden. Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Stand 2016

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

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellungen kann an den neuen Versicherer übertragen werden.⁽¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versicherungskollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Zusätzliche Informationen nach § 3 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für unsere vollversicherten Kunden

Mit einem privaten Krankenversicherungsvertrag genießen Sie in der Regel lebenslang die Vorteile eines Privatpatienten. Für Vollversicherte ist die Rückkehr in eine gesetzliche Krankenkasse nur unter engen gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen möglich, ab dem 55. Lebensjahr nahezu ausgeschlossen.

Ein wesentliches Merkmal der Vollversicherungstarife ist, dass Rückstellungen für das mit dem Alter wachsende Krankheitsrisiko gebildet werden. Das bedeutet:

Der zu zahlende Beitrag übersteigt zu Beginn des Versicherungsverhältnisses den Betrag, der notwendig wäre, um das tatsächliche Krankheitsrisiko zu finanzieren. Der verbleibende Beitragsteil wird in der sogenannten Alterungsrückstellung angespart. Die so angesammelten Mittel werden dazu verwendet, die alleine wegen des Alterwerdens höheren Krankheitskosten aufzufangen. Die in den Beitrag einkalkulierten Kosten und Angaben zu möglichen sonstigen Kosten entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.

Wir alle wissen, dass die Kosten im Gesundheitswesen Jahr für Jahr steigen. Die übliche Preissteigerungsrate wirkt hier zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt und immer ausgefeilteren Behandlungsmethoden. Die anhaltenden Kostensteigerungen im Gesundheitswesen stellen die gesetzliche wie die private Krankenversicherung vor eine große Herausforderung. Die Entwicklung in der Medizin, steigende Lebenserwartungen, verbesserte Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie usw. werden wohl auch in Zukunft zu höheren Heilbehandlungskosten führen als derzeit abzusehen sind. Die Kalkulation kann jeweils nur auf die aktuelle Leistungsanspruchnahme und auf eine kurzfristige Prognose abgestellt werden.

Da das Ausmaß der erhöhten Leistungsanspruchnahme nicht voraussehbar ist, sind für jeden Tarif die erforderlichen Leistungen mit den eingerechneten jährlich zu vergleichen. Ergibt sich eine Abweichung, die höher ist als der tariflich festgelegte Prozentsatz, müssen die Beiträge überprüft werden. Ist die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen, sind die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzupassen. Dabei bleiben die erworbenen Rechte des Versicherten selbstverständlich erhalten. Der aufgrund der Beitragsanpassung zu zahlende Mehrbeitrag wird unter Berücksichtigung des jeweils erreichten Alters festgesetzt. Die rechtlichen Grundlagen für eine Beitragsanpassung ergeben sich aus § 203 Versicherungsvertragsgesetz in Verbindung mit § 8 b der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Wir tun jedoch alles dafür, die Auswirkungen der steigenden Behandlungskosten für Sie - gerade auch im Alter - in Grenzen zu halten.

Beispielsweise verwenden wir Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung, insbesondere als Einmalbeitrag für Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Alle gesetzlichen Vorgaben, die der Stabilisierung bzw. Senkung der Beiträge im Alter dienen, werden selbstverständlich erfüllt.

Sie können mit uns in der Krankheitskostenversicherung die Besonderen Bedingungen für die Beitragsentlastung im Alter (WBETU bzw. BETU) vereinbaren. Damit sparen Sie in jungen Jahren zusätzliche Beträge an, die ab Alter 65 die monatlichen Beitragsraten um den vereinbarten Betrag entlasten.

In unserem bedarfsgerechten Tarifangebot haben Sie jederzeit das Recht, durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Leistungsspektrum, z. B. in solche mit höherem Selbstbehalt, oder bei Verzicht auf nicht mehr benötigte Leistungsteile zum Teil erhebliche Beitragseinsparungen zu erzielen.

Sie können selbstverständlich auch einen höheren Versicherungsschutz vereinbaren. Die aus dem bisherigen Vertrag erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden dann angerechnet. Wenn der Tarif nichts anderes vorsieht, sind wir jedoch berechtigt, für die höheren oder umfassenderen Leistungen des neuen Tarifs einen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss zu vereinbaren. Insoweit können wir auch Wartezeiten vereinbaren. Anstelle eines Risikozuschlags und einer Wartezeit kann der Versicherungsnehmer für die Mehrleistung auch einen Leistungsausschluss wählen.

Mit vorstehenden Maßnahmen werden grundsätzlich die Beiträge auch im Alter erträglich gestaltet. Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, können Sie in den verbandseinheitlichen Standardtarif mit einem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsniveau und mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Für die Aufnahme im Standardtarif sind jedoch bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Üblicherweise gilt eine Mindest-Vorversicherungszeit in einer privaten Vollversicherung von 10 Jahren. Zusätzlich muss man mindestens 65 Jahre alt sein, oder mindestens 55 Jahre alt und ein geringes Gesamteinkommen haben bzw. mindestens 55 Jahre sein und z. B. eine gesetzliche Rente beziehen. Alternativ kommt unter Umständen auch ein Wechsel in den Basistarif in Betracht.

Haben Sie Ihren Vollversicherungsvertrag nach dem 01.01.2009 geschlossen, ist der Wechsel in den verbandseinheitlichen Basistarif möglich. Dieser beinhaltet Leistungen entsprechend denjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Höchstbeitragsgarantie. Im Basistarif können Sie unter verschiedenen Selbstbehaltstufen wählen; außerdem vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte, solange bei Ihnen allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch besteht und dies vom zuständigen Träger bescheinigt wird. Sofern Sie trotz der Reduzierung des Beitrages auf die Hälfte hilfebedürftig sind, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Ihren Antrag hin an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag für den Basistarif auf die Hälfte und der zuständige Träger beteiligt sich an dem verminderten Beitrag mit dem Betrag, den er auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung tragen müsste.

Auch für die Aufnahme in den Basistarif sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Gerne prüfen wir für Ihre individuelle Situation, ob ein Wechselrecht in Frage kommt.

Sofern Sie bereits vor dem 01.01.2009 bei uns vollversichert waren, verlieren Sie bei einem Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer alle bei uns erworbenen Rechte.

Wenn Sie nach dem 01.01.2009 Ihren Vollversicherungsvertrag mit uns geschlossen haben, ist es zwar möglich, unter Mitnahme eines Teils Ihrer Alterungsrückstellung zu einem anderen privaten Krankenversicherer zu wechseln, da die Beiträge für Neukunden mit zunehmendem Eintrittsalter höher sind, kann ein solcher Wechsel dennoch, gerade im fortgeschrittenen Alter, mit erheblich höheren Beiträgen verbunden sein. Darüber hinaus ist eine neue Gesundheitsprüfung notwendig. Ergebnis einer solchen Gesundheitsprüfung kann sein, dass ein Risikozuschlag erhoben wird oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden muss bzw. dass nur die Aufnahme in den Basistarif des anderen Unternehmens möglich ist.

Zusätzlich zu diesen Gegebenheiten können Sie und wir partnerschaftlich die künftige Beitragsentwicklung positiv beeinflussen:

Wir tragen die Verantwortung für mehr Produktivität, Kosteneinsparung und eine risikobewusste Zeichnungspolitik. Sie bestimmen durch Ihre verantwortungsbewusste Inanspruchnahme von Leistungen die Höhe Ihres Krankenversicherungsbeitrages wesentlich mit.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	5
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	10
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	12
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	13
Pflichten des Versicherungsnehmers	13
§ 8 Beitragszahlung	13
§ 8 a Beitragsberechnung	15
§ 8 b Beitragsanpassung	16
§ 9 Obliegenheiten	17
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	17
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	18
§ 12 Aufrechnung	18
Ende der Versicherung	19
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	19
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	20
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	21
Sonstige Bestimmungen	21
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	21
§ 17 Gerichtsstand	22
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	22
§ 19 Wechsel in den Standardtarif	22
§ 20 Wechsel in den Basistarif	23

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013) (Teil I Musterbedingungen 2009 und Teil II Tarifbedingungen 2013)

gültig ab 01.01.2023

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen 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 (vergleiche aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die

Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 1 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:

Kinderwunsch

Als Versicherungsfall gilt auch die medizinisch notwendige Behandlung zur Erfüllung eines Kinderwunsches.

Der Tarif kann vorsehen, dass hierfür keine Leistungen erbracht werden.

2. Zu § 1 Abs. 2 Teil I AVB/KK 2013:

Hospizversorgung

Als Versicherungsfall gilt auch die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (d. h. eine private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzen kann) besteht. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch z. B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, ist der Versicherer nur für die nach der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

3. Zu § 1 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:

Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

Sofern der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die folgenden Regelungen:

- a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- b) Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

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

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

- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens

zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Vertragsdauer
Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt.
2. Zu § 2 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsjahr
Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
3. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für Neugeborene
Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
4. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsbeginn von Neugeborenen
Abweichend von § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 erfolgt die Versicherung des Neugeborenen bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen zum Tag der Geburt. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate berechnet sich - gegebenenfalls ratierlich - ab diesem Tag.
5. Zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Mitversicherung Neugeborener
Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
 - (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 3 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2013:
Verzicht auf besondere Wartezeiten für den Ehegatten
Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.
2. Zu § 3 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:
Verzicht auf besondere Wartezeiten bei Unfällen
Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.
3. Zu § 3 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:
Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung
Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können - mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen - 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.
4. Zu § 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Anrechnung der Vorversicherung
§ 3 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 gilt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes entsprechend auch für Personen, die aus einer privaten Krankenzusatzversicherung ausscheiden. Die nachgewiesene zurückgelegte Versicherungsdauer wird in der Krankenhaustagegeldversicherung auf sämtliche Wartezeiten, in der Krankheitskostenzusatzversicherung mit Ausnahme der Wartezeiten für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann 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.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 4 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

- a) Der Versicherer wird der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) Beträge mindestens in der vom Gesetzgeber geforderten Höhe zuführen.
- b) Über die Verwendung der Mittel aus der RfB entscheidet der Vorstand mit Zustimmung des Treuhänders. Die Mittel können zur Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (Beitragsanpassung) dienen.
- c) Verbleibende Beträge können auch zur Beitragsrückerstattung an die Versicherten verwendet werden. Die Höhe und die Voraussetzungen einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift und die berechtigten Tarife werden jährlich vom Vorstand mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders festgelegt. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht nur, wenn die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr (Geschäftsjahr) in den berechtigten Tarifen keine Versicherungsleistungen erhalten hat, es sei denn, es wird festgelegt, dass eine teilweise Leistungsfreiheit ausreicht.

Als Voraussetzung für die Beitragsrückerstattung kann auch bestimmt werden, dass die versicherte Person während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres und darüber hinaus bis zum 30.06. des Folgejahres nach den berechtigten Tarifen gegen Zahlung des vollen Tarifbeitrags versichert ist - es sei denn, die Versicherung endete nach dem

abgelaufenen Kalenderjahr wegen Pflichtversicherung oder Tod - und dass am 30.06. des Folgejahres kein Beitragsrückstand in den berechtigten Tarifen besteht.

Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Jahre erfüllt sind. Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird in der zweiten Hälfte des Folgejahres vorgenommen.

- d) Die der RfB zugewiesenen Beträge werden ausschließlich für die Überschussbeteiligung der Versicherten verwendet. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die RfB, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.
2. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung
Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis g):

- a) **Ärztliche und zahnärztliche Leistungen**
Sie umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt - sofern Heilpraktikerleistungen versichert sind - für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH); vergleiche § 5 Nr. 1 Teil II. Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.
- b) **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)**
Ein Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für den Erwerb von Nutzungsrechten an digitalen Gesundheitsanwendungen besteht - soweit im Tarif nicht abweichend geregelt - in Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung (substitutive Krankenversicherung) für ambulante Heilbehandlung.

Der Leistungsumfang richtet sich nach dem tariflichen Leistungsversprechen für die medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung durch Ärzte. Erstattungsfähig sind jedoch höchstens die Preise, die zum Zeitpunkt des Bezugs der DiGA zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden könnten.

Ist im vereinbarten Tarif für Facharztbehandlung ohne vorherige Überweisung ein geringerer Erstattungssatz vorgesehen (sogenannter Primärarztтарif), gilt diese Regelung entsprechend für die Verordnung von DiGA durch Fachärzte.

Weitere Voraussetzungen für die Erstattungsfähigkeit einer DiGA sind, dass

- aa) sie von dem behandelnden Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten nach Nr. 7 verordnet wurde,
- bb) bei der versicherten Person die Indikation vorliegt, für welche die DiGA bestimmt ist und
- cc) sie zum Zeitpunkt der Verordnung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen war.

Ferner ist bei fortdauernder Nutzung nach Ablauf einer Nutzungsdauer von jeweils drei Monaten eine erneute Verordnung des Behandelnden erforderlich, es sei denn, der Versicherer hat zuvor in Textform eine darüberhinausgehende Kostenzusage erteilt. Anspruch auf eine Kostenzusage für einen Zeitraum von mehr als drei Monaten besteht, soweit die vom Anbieter vorgesehene Mindestnutzungsdauer drei Monate übersteigt.

Der Versicherer ist nach entsprechender Information des Versicherungsnehmers berechtigt, anstelle des Aufwendersersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Wird eine DiGA vor Entlassung aus einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nach § 4 Abs. 4 oder Abs. 5 Teil I AVB/KK 2009 von einem Krankenhausarzt verordnet, gilt dies als ambulante ärztliche Heilbehandlung und die Aufwendungen werden nach den vorstehenden Maßgaben im tariflichen Umfang erstattet.

c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.

d) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)

Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlungen einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Masseuren) erbracht werden.

e) Hilfsmittel

Soweit nicht anders geregelt, sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel einschließlich Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte erstattungsfähig.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Blindenhunde inklusive erforderlicher Trainingsmaßnahmen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, z. B. Reinigungs- und Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte und bei Blindenhunden z. B. tierärztliche Behandlung, Futterkosten und nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör.

Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer), die unabhängig von einer bestehenden Erkrankung üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind.

Als kleine Hilfsmittel gelten Sehhilfen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, Gehhilfen.

Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt.

f) Vorsorgeuntersuchungen

In Erweiterung von § 1 Absatz 2 b Teil I AVB/KK 2013 erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

g) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

3. Zu § 4 Absatz 1 - 3 Teil I AVB/KK 2013:
Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen
- a) für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektionen;
 - b) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.
 - c) für den Gebrauch von DiGA (z. B. Stromkosten, Batterien, Smartphone, PC), zusätzliche Softwaremodule/Zusatzservices - die nicht in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen sind - oder Zusatzgeräte (z. B. digitale Waage, Fitnessarmband, Pulsmesser).
4. Zu § 4 Absatz 4 und 5 Teil I AVB/KK 2013:
Tarife für stationäre Heilbehandlung
Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht. Sofern der Tarif nichts anderes regelt, sind dies:
- a) Allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
 - b) Wahlleistungen nach der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
 - 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 die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
 - d) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.
5. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Gemischte Anstalten
Abweichend von § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
 - d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
6. Zu § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:
Anschlussheilbehandlung
Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt nach § 4 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit

zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.

7. Zu § 4 Absatz 1 - 6 Teil I AVB/KK 2013:

Psychotherapie

Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind - sofern sie versichert sind - auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.

Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

8. Zu § 4 Absatz 1 - 5 Teil I AVB/KK 2013:

Betragsmäßige Festlegungen

- a) Sofern der Tarif keine abweichende Regelung enthält, gilt Folgendes:
Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsbeginne im I. Quartal.

Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht.

- b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009

- (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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 5 Teil I AVB/KK 2013:
Gebührenordnung
Soweit der Tarif zu den nachfolgenden Regelungen keine anderen Bestimmungen enthält, gilt Folgendes:

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) gilt Entsprechendes, sofern die Mindestbeträge überschritten sind.

2. Zu § 5 Abs.1 b Teil I AVB/KK 2013:
Entziehungsmaßnahmen
Während der Vertragsdauer einer Krankheitskostenvollversicherung sind die Aufwendungen für insgesamt bis zu 3 medizinisch notwendige Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren zur Behandlung stoffgebundener Suchterkrankungen (ausgenommen Raucherentwöhnung) unter folgenden Voraussetzungen im tariflichen Umfang erstattungsfähig:
- a) Es besteht kein anderweitiger Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung bzw. Sachleistung, z. B. gegen einen gesetzlichen Rehabilitationsträger. Maßnahmen, die zu Lasten eines anderen Versicherers, eines Rehabilitationsträgers oder eines Krankheitskostentarifs des Versicherers durchgeführt wurden, werden auf die Anzahl der erstattungsfähigen Maßnahmen angerechnet.
 - b) Die Leistungen wurden vor Beginn der Maßnahme beim Versicherer beantragt und der Versicherer hat die Leistungen (Art, geeignete Einrichtung, Dauer und Umfang) vor Beginn schriftlich zugesagt. Entsprechendes gilt für darüber hinausgehende Leistungen.

3. Zu § 5 Absatz 1 d Teil I AVB/KK 2013:
Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Soweit der Tarif keine anderen Bestimmungen enthält, gelten die nachfolgenden Regelungen zu a) bis c):
- a) Der Versicherer leistet für Kosten einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn ihm vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und sofern es der Tarif für stationäre Heilbehandlung vorsieht.
 - b) Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (nicht aber für die Unterbringung und Verpflegung) einer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung.
 - c) Die Erstattung wird erstmals für Behandlungen gewährt, die nach zweijähriger Versicherungsdauer stattfinden, weitere Erstattungen für Behandlungen, die nach Ablauf von jeweils zwei Jahren erfolgen.
4. Zu § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2013:
Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 e Teil I AVB/KK 2013 entfällt insgesamt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 6 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Leistungsunterlagen
Als Nachweis 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 Krankenhausaufenthalts sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

2. Zu § 6 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:

Umrechnungskurs

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

3. Zu § 6 Absatz 5 Teil I AVB/KK 2013:

Überweisungskosten

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

4. Zu § 6 Absatz 6 Teil I AVB/KK 2013:

Krankenhaus-Ausweis

Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I Musterbedingungen 2009

- (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) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der

Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:

Beitragsrate

- a) 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.
- b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.
- c) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vergleiche aber § 5 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Zu § 8 Absatz 4 Teil I AVB/KK 2013:

Fälligkeit des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

3. Zu § 8 Absatz 7 Teil I AVB/KK 2013:

Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

4. Zu § 8 Absatz 1-8 Teil I AVB/KK 2013:

Versicherungsteuer

In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet.

Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Beitragsberechnung
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
2. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Anrechnung der Alterungsrückstellung
Die Anrechnung der Alterungsrückstellung geschieht in der Weise, dass dem Versicherten auf den Beitrag zum erreichten Lebensalter ein Nachlass eingeräumt wird.
3. Zu § 8 a Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:
Beitragsermäßigung im Alter
Zur Finanzierung von Beitragsermäßigungen oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zugeschrieben und ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten entsprechend verwendet.
4. Zu § 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:
Beitragszuschläge
§ 8 a Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 gilt entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
Betragsmäßig festgelegte Leistungen
Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen in einem Tarif mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.
2. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
Leistungsausschluss gegen Beitragsnachlass
Ist in einem Tarif die Möglichkeit vorgesehen, einzelne Versicherungsleistungen vom Versicherungsschutz gegen einen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Beitragsnachlass auszuschließen, gilt für den Beitragsnachlass § 8 b Absatz 1 Satz 4 Teil I AVB/KK 2013 entsprechend.
3. Zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013:
Beitragszuschläge
§ 8 b Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 gelten entsprechend für vereinbarte Beitragszuschläge.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Zu § 9 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung
Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I Musterbedingungen 2009

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

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 12 Aufrechnung

Teil I Musterbedingungen 2009

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.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen

- wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Absatz 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
 - (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
 - (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, daß die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
 - (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II Tarifbedingungen 2013

- 1. Zu § 13 Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013:
Versicherungsjahr und Vertragsdauer
Vergleiche § 2 Nrn. 1 und 2 Teil II.
- 2. Zu § 13 Absatz 8 Teil I AVB/KK 2013:
Übertragungswert
Wurde der Versicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 geschlossen und erfolgte für eine versicherte Person ein Wechsel in einen Tarif, in dem ein Übertragungswert gebildet wird, gilt im Falle einer Kündigung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrags bei einem anderen Versicherer § 13 Absatz 8 Satz 1 Teil I AVB/KK 2013 entsprechend.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I Musterbedingungen 2009

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Zu § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013:

Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auch auf das ihm nach § 14 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Zu § 15 Teil I AVB/KK 2013:

Ehescheidungen, Getrenntleben

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

2. Zu § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013:

Tätigkeitsgebiet des Versicherers

Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I Musterbedingungen 2009

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 17 Gerichtsstand

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I Musterbedingungen 2009

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

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

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I Musterbedingungen 2009

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

Teil II Tarifbedingungen 2013

Keine Tarifbedingungen

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Tarif Klinik premium (K1U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2023

Der Tarif K1U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K1U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.9 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 30 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr

zu 90 %.

Auf den Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.7, 2. Alternative, angerechnet.

Für Liquidationen inländischer Ärzte gilt Nr. 2.1.1 Satz 2. Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.3.1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2.3.2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt
zu 90 %.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2 bzw. 2.3 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.5 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K1U versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.6 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.7 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2013 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt:

- **Nach Vorleistung der GKV:**

die verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus
zu 100 %;

- **ohne Vorleistung der GKV:**

die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr

zu 90 %.

Auf diesen Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.2.2 angerechnet.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.8 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.9 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K1U der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:
Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Tarif Klinik comfort (K2U) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.01.2025

Der Tarif K2U gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif K2U können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit (siehe hierzu auch § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013).

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.11 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt bei Verzicht auf

- die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
- wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- die Wahlleistung Unterkunft und Verzicht auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes für den Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tags wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:

Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von

60 EUR.

2.3 Behandlung im Einzelzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 65 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.4 Psychotherapie

Bei stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.5.1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2.5.2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.6) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 70 %.

2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2.1 bzw. 2.5 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.7 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K2U versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %, wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.8 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist,

zu 100 %. Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als zwei Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.9 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/KK 2013 werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt, die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

zu 100 %; medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.10 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.11 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder

- b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
- c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Praxisgebühr nach §§ 28 Absatz 4, 61 SGB V;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.
- Aufwendungen für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden bekannten Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.

4. Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif K2U der versicherten Person für den zu diesem Zeitpunkt laufenden Monat eine Beitragsgutschrift. Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

5. Wartezeiten

Für diesen Tarif gelten, abweichend von § 3 AVB/KK 2013, keine Wartezeiten.

6. Beitragsanpassung

Ergänzend zu § 8 b Teil I AVB/KK 2013 gilt:

Ergibt der nach § 8 b Absatz 1 Teil I AVB/KK 2013 vorzunehmende Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, sofern die Abweichung nicht als vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.