

HanseMerkur
Krankenversicherung AG

Verbraucherinformation

Betriebliche Krankenversicherung
März 2024



HanseMerkur

Übersicht



Der Versicherungsvertrag wird, wie kaum ein anderer Vertrag, von gegenseitigem Vertrauen geprägt.

Die Verbraucherinformation ist eine vom Gesetzgeber vorgeschriebene Maßnahme, die Ihnen als Versicherungsnehmer ein größtmögliches Maß an Informationen über Ihren Versicherungsschutz garantiert.

Diese Broschüre enthält alle für Ihren Versicherungsschutz wichtigen Angaben und die Versicherungsbedingungen. Bewahren Sie bitte deshalb die Unterlagen sorgfältig bei Ihren Versicherungspapieren auf.

Herzlich willkommen bei der HanseMerkur!	3
Wichtige Informationen inkl. <i>Widerrufsbelehrung ab Seite 5</i>	4
Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	9
Mitteilung über die Folgen einer Obliegenheitsverletzung	11
Was ist im Leistungsfall zu tun?	12
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	13
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die	
• Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung	14
• Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung	25
• ergänzende Pflegekrankenversicherung	36
Tarife	
• BKZY	55
• BKA	58
• BKB	62
• BKBT	68
• BKH	74
• BKS	75
• BKV	76
• BKVP	78
• BKZP	81
• BKZB	82
• BKZ	84
• BKZT	87
• BKU	89
• BWL	91
• BKT	93
• BKPG	94
Indikationskatalog für ambulante Operationen	96
Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen	100
Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen	101
Sonstige Bedingungen	
• Besondere Bedingungen für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung	102
• Besondere Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung	103
• Besondere Bedingungen für Auslandsaufenthalte	104
Datenschutzhinweise	105

Liebe Kundin, lieber Kunde,
herzlich willkommen bei der HanseMerkur!

Hand in Hand

Hand in Hand ist HanseMerkur - ein Grundsatz, der sich in unseren vielfach ausgezeichneten Produkten sowie in allen Leistungsangeboten widerspiegelt. Bei uns gehen individuelle Ansprüche und die Stärke unserer Gemeinschaft Hand in Hand. Denn mit einem starken Partner an der Seite kann man mehr erreichen. Gemeinsam schaffen wir täglich die Voraussetzung für ein sicheres Leben.

Unsere Geschichte

Unsere Wurzeln gehen mehr als 140 Jahre zurück auf die Gründung der "Hanseatischen Krankenversicherung VVaG" von 1875. Aus dem Zusammenschluss mit der "Hanse-Krankenschutz VVaG" im Jahr 1969 entstand in der Folge die heutige HanseMerkur Krankenversicherung AG als Teil der HanseMerkur Versicherungsgruppe. Damit sind wir der zweitälteste private Krankenversicherer am Markt. An der Spitze der HanseMerkur Versicherungsgruppe steht ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit sind wir allein unseren Versicherten verpflichtet. Das gewährleistet zum einen die Unabhängigkeit unserer Unternehmenspolitik, zum anderen bietet es unseren Versicherten Sicherheit, Berechenbarkeit und Verlässlichkeit.

Was verbirgt sich auf den nächsten Seiten?

Diese Broschüre informiert Sie über alle Fragen, die Ihren Versicherungsvertrag betreffen; insbesondere sind darin Angaben über Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes enthalten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind rechtsverbindlich und regeln alle gegenseitigen Rechte und Pflichten.

Auf Seite 12 beschreiben wir Ihnen ausführlich, was im Leistungsfall zu tun ist.

Ihre Gesundheit steht an erster Stelle

Die Absicherung gegen die finanziellen Folgen von Krankheiten - das ist selbstverständlich die zentrale Aufgabe der HanseMerkur. Aber wir möchten Ihnen darüber hinaus noch mehr bieten:

Adressen von Fachärzten, Zahnärzten, Therapeuten oder Krankenhäusern erfahren Sie unter der kostenfreien Rufnummer **0800 1121310** (täglich 8 bis 22 Uhr). Ferner erhalten Sie allgemeine Auskünfte über Krankheitsursachen, Informationen zu Medikamenten sowie reisemedizinische Beratungen. Sie können sich hier auch eine Zweitmeinung von einem Facharzt einholen.

Auf www.diegesundheitsprofis.de finden Sie zahlreiche Tipps und Informationen wie z. B. Nachschlagemöglichkeiten zu Krankheiten und Behandlungsformen sowie viele Artikel rund um Ernährung, Sport und Wellness. Klicken Sie einfach mal rein!

Sie haben Fragen hierzu - oder auch zu Ihrem Versicherungsschutz? Wir sind gern für Sie da. Alle wichtigen Telefonnummern finden Sie auf der Rückseite dieser Broschüre.

Ihre HanseMerkur

Wichtige Informationen!

Die folgenden Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung sowie das Ihnen separat ausgehändigte „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen Ihres Versicherungsvertrags bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG. Bewahren Sie diese Informationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrags.

Identität des Versicherers (Name, Rechtsform, ladungs-fähige Anschrift , Sitz, Handelsregister und Registernummer)	<p>Ihr Versicherer ist die HanseMerkur Krankenversicherung AG. Wir sind eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Hamburg.</p> <p>Unsere Anschrift: Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg.</p> <p>Unsere Telefonnummer: 040 4119-0, unsere E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de und unser Telefax: 040 4119-3257.</p> <p>Die Eintragung im Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg lautet: HRB 101967.</p>
Gesetzlich Vertretungsbe-rechtigte der HanseMerkur Krankenversicherung AG	Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse, Johannes Ganser, Raik Mildner.
Hauptgeschäftstätigkeit	Die HanseMerkur Krankenversicherung AG (im Folgenden HanseMerkur genannt) betreibt die private Krankenversicherung sowie die private Pflegepflichtversicherung.
Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen	Die HanseMerkur gehört einer Insolvenzsicherungseinrichtung an, die den Schutz der Ansprüche ihrer Versicherungsnehmer sicherstellt. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um die „Medicator AG“.
Vertragsgrundlagen	Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die einzelnen Tarife und sonstige Bedingungen haben wir für Sie in der Übersicht auf der zweiten Seite aufgeführt; sie sind vollständig in dieser Verbraucherinformation enthalten.
Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung	<p>Die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Tarifen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anhang, dem Antrag und ggf. den nach Antragstellung vereinbarten Abweichungen, die dem gewünschten Versicherungsschutz zugrunde liegen.</p> <p>Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung oder als Ergänzung zur privaten Krankenversicherung sowie im Fall des Tarifs BKPG um eine Pflegeversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung / private Pflegepflichtversicherung). Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen besteht Leistungsanspruch in der Krankheitskostenversicherung auf Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen, in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung auf das vereinbarte Krankenhaustagegeld. In der Krankentagegeldversicherung bietet die HanseMerkur bei Arbeitsunfähigkeit - als Folge von Krankheiten oder Unfällen - einen Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag in Form eines Krankentagegeldes. Im Tarif BKPG zahlt die HanseMerkur Krankenversicherung AG ein zeitlich befristetes Pflegemonatsgeld. Aus Tarif BKZY besteht ein Leistungsanspruch für einen PanTum Detect® Test, bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen sowie Begleitleistungen und Gesundheitsassistance.</p>
Beitragshöhe	Die Beitragshöhe können Sie dem Versicherungsantrag entnehmen. Sollte der dort aufgeführte Beitrag unrichtig berechnet oder ein dort nicht ausgewiesener Zuschlag zu erheben sein, wird Ihnen der tatsächlich zu entrichtende Beitrag gesondert mitgeteilt; dieser bedarf Ihrer Zustimmung. In diesem Fall ist der Inhalt der gesonderten Mitteilung maßgeblich.

Zusätzliche Kosten	Es fallen keine weiteren Kosten wie z. B. Steuern oder Gebühren für Sie an. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG 2021) steuerfrei. Für die Nutzung unseres „24-Stunden Notruf-Services“ entstehen Ihnen Kosten in Höhe der anfallenden Telefongebühren.
Beitragszahlung	Die Fälligkeit der Beiträge und evtl. Nachlässe nach § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen richtet sich nach der von Ihnen gewünschten Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich). Wählen Sie z. B. die monatliche Zahlungsweise, zahlen Sie den Beitrag bitte immer am Ersten eines jeden Monats.
Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen	Diese Informationen sind hinsichtlich der Beitragshöhe bis zur nächsten Beitragsanpassung bzw. -umstufung gültig. Die Beiträge können sich aufgrund von Beitragsanpassungen gemäß § 8b der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder Altersumstufungen gemäß § 8a (Beitragsberechnung) der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern. Über die Höhe der neuen Beiträge informieren wir Sie rechtzeitig. Gemäß § 13 Abs. 4 bzw. 5 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben Sie bei Beitragserhöhungen ein außerordentliches Kündigungsrecht.
Zustandekommen des Vertrags	Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn die HanseMerkur Ihren Antrag mit einem Versicherungsausweis oder einer schriftlichen Annahmeerklärung angenommen hat und Ihnen der Versicherungsausweis oder die Annahmeerklärung zugegangen ist.
Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang des Versicherungsausweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung, nicht jedoch vor dem im Versicherungsausweis als „Beginn“ oder der Annahmeerklärung als „Versicherungsbeginn“ bezeichneten Zeitpunkt und nicht vor dem Ablauf von Wartezeiten.

Widerrufsbelehrung

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, Fax, 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 den 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:

HanseMerkur Krankenversicherung AG,
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg,
E-Mail: kv-bestand@hansemerkur.de,
Fax: 040 4119-3257.

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 einen Betrag, der sich zeitanteilig vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Der Versicherer hat zurückzahlende 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 Versicherungsvertrags 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:

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 selbstständige 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.
 - a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
 - b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

10. 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;
11. 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;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. 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;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt 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;
17. 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;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Vertragslaufzeit

Die Mindestvertragslaufzeit Ihres Vertrags beträgt zwei Versicherungsjahre. Dabei entspricht das Versicherungsjahr dem Kalenderjahr - das erste Versicherungsjahr beginnt abweichend am Tag des Versicherungsbeginns. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern Sie es nicht bedingungsgemäß kündigen oder sonstige bedingungsgemäße Beendigungsgründe eintreten.

Vertragsbeendigung

Sie können den Versicherungsvertrag (mit Kenntnis der versicherten Person) mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit (zwei Versicherungsjahre) oder später mit der gleichen Frist zum Ablauf eines jeden Jahres in Textform (z. B.: Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Zusätzliche Informationen zur Beendigung Ihrer Versicherung - auch aufgrund von Beitragserhöhungen - finden Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Zuständiges Gericht

Klagen gegen die HanseMerkur können Sie beim Gericht in Hamburg oder bei dem Gericht Ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes erheben.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht in Hamburg zuständig.

Anwendbares Recht	Auf das Vertragsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
Vertragssprache	Die Sprache der Vertragsbedingungen, dieser Vorabinformationen sowie der Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.
Außergerichtliche Beschwerde und Teilnahme an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle	<p>Sollte sich das Versicherungsverhältnis trotz unserer Bemühungen nicht fehlerfrei gestalten, wenden Sie sich bitte zunächst an unsere Hauptverwaltung in Hamburg.</p> <p>Darüber hinaus haben wir uns durch unsere freiwillige Mitgliedschaft im Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. satzungsgemäß zur Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle verpflichtet. Bei Beschwerden oder Rechtsauskünften sowie zur Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens können Sie sich daher an den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin) wenden (www.pkv-ombudsmann.de).</p> <p>Selbstverständlich bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt.</p>
Zuständige Aufsichtsbehörde	<p>Sie haben auch die Möglichkeit, sich mit Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.</p> <p>Es handelt sich dabei um die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die Anschrift lautet: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn (www.bafin.de).</p>

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der HanseMerkur Krankenversicherung AG, Siegfried-Wedells-Platz 1 in 20354 Hamburg schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung ist jedoch ausgeschlossen, wenn sie der Erfüllung der Versicherungspflicht dient.

Unser Kündigungsrecht ist ferner ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.



3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen. Die Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dient, wird jedoch erst wirksam, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie bei einem anderen Versicherer einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, nach dem Sie ohne Unterbrechung versichert sind.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten, Vorlage von Belegen

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns wahrheitsgemäß und fristgerecht jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist, und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie alles Ihnen zur Sachverhaltsaufklärung Zumutbare unternehmen. Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns fristgerecht Belege vorlegen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Verstoßen Sie vorsätzlich gegen Ihre Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen eine dieser Obliegenheiten, können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens - ggf. bis zum vollständigen Anspruchsverlust - kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, Aufklärung oder Vorlage von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis:

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, Aufklärung und Vorlage von Belegen verpflichtet.

Ihr Zusatzschutz: Was ist im Leistungsfall zu tun?

Liebe Kundin, lieber Kunde,

der Krankenversicherungsvertrag wird wie kaum ein anderer Vertrag von Vertrauen geprägt.

Gegenseitige Informationen tragen dazu bei, es zu erhalten und Störungen des Versicherungsschutzes zu vermeiden.

Auf diesem Merkblatt haben wir einige Hinweise für Sie zusammengetragen, die Ihnen helfen sollen, im Leistungsfall eine möglichst schnelle Erstattung zu erhalten und Eigenkosten zu vermeiden.

Deshalb unsere Bitte: Lesen Sie die Hinweise aufmerksam durch und beachten Sie bei künftigen Leistungseinreichungen folgende Punkte:

- Zur Auszahlung der Versicherungsleistung benötigen wir grundsätzlich die Originalbelege mit Diagnose, bei Fahrtkostenerstattungen zusätzlich das Fahrtdatum. Bei Duplikaten / Zweitschriften benötigen wir den Erstattungsvermerk des Erstversicherers.
- Sehhilfen werden nach Abzug von Vorleistungen bis zu einem Höchstbetrag von 200 EUR aus dem Tarif BKS innerhalb von 24 Monaten bzw. bei Wahl dieses Leistungsbereichs aus Tarif BKA innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet.
- Bei geplantem Zahnersatz (Brücken, Kronen, Inlays usw.) können Sie uns vor Behandlungsbeginn gern einen Heil- und Kostenplan einreichen. Wir werden ihn prüfen und Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung informieren. Ist bei versichertem Tarif BKZT aufgrund krankheits- bzw. befundbedingter Erschwernisse für die geplante Maßnahme eine Berechnung oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) angedacht, so ist in diesem Fall vor Behandlungsbeginn die Einreichung des Heil- und Kostenplans erforderlich. Über die Höhe unserer Versicherungsleistung unterrichten wir Sie kurzfristig.
- Zur Auszahlung der Versicherungsleistung für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie benötigen wir von gesetzlich versicherten Personen neben der Rechnung einen Nachweis über die Höhe der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Erstattungsbelege eventuell bestehender privater Zahnzusatzversicherungen. Sind Sie privat vollversichert, reichen Sie uns bitte mit der Rechnung alle diesbezüglichen Erstattungsbelege von privaten Krankenversicherungen ein.
- Sollten Sie kurzfristig ins Krankenhaus müssen, geben Sie in der Patientenverwaltung Ihre Versicherungsnummer bekannt. Sofern das Krankenhaus einen Kostenübernahmeantrag bei uns stellt, prüfen wir, ob Leistungsanspruch für Sie besteht und wir die Unterbringungskosten direkt mit dem Krankenhaus abrechnen können. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten rufen Sie uns bitte an - wir können Ihnen sagen, ob wir in diesem Einzelfall weitere Unterlagen benötigen. Bitte beachten Sie die Informationen, die Ihnen das Krankenhaus vor der Aufnahme gibt.
- Sofern Sie einen Krankentagegeldtarif versichert haben, informieren Sie uns bitte rechtzeitig im Falle einer Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf der tariflichen Karenzzeit von 6 Wochen, damit wir Ihnen die erforderlichen Unterlagen zuschicken können.

Sofern Sie den Pflegeergänzungstarif BKPG versichert haben:

- Bitte informieren Sie uns so schnell wie möglich, wenn Sie bereits die Einstufung in einen Pflegegrad der gesetzlichen Pflegeversicherung beantragt haben - gern auch telefonisch. Sie erhalten dann von uns die notwendigen Unterlagen. Diese füllen Sie bitte aus und schicken sie an uns zurück.
- Sollten Sie bereits einen Leistungsbescheid der gesetzlichen Pflegeversicherung vorliegen haben, reichen Sie uns bitte eine Kopie davon ein. Auch hier erhalten Sie dann von uns die notwendigen Unterlagen. Diese senden Sie bitte ausgefüllt an uns zurück.
- Bitte denken Sie daran, uns jede Änderung des Pflegegrads mitzuteilen! Bei Antrag auf Änderung des Pflegegrads bei der gesetzlichen Pflegeversicherung informieren Sie uns bitte ebenfalls, damit Ihnen keine Nachteile entstehen. Sobald Sie einen Leistungsbescheid der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben, reichen Sie uns bitte eine Kopie des Bescheids zur weiteren Prüfung unserer Leistungsverpflichtung ein.
- Eine laufende Pflegebedürftigkeit muss mindestens alle 6 Monate durch Nachweise von anerkannten Pflegeeinrichtungen nachgewiesen werden (z. B. Kopie des Pflegeeinsatzberichts).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist verbindlich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarifbeschreibungen geregelt.

Haben Sie Fragen zu Ihrer Krankenversicherung oder zu weiteren Angeboten der HanseMerkur? In unserem Serviceportal unter www.hansemerkur.de finden Sie Antworten zu häufig gestellten Fragen.

Für Leistungseinreichungen zu Ihrer Krankenversicherung:

HanseMerkur Krankenversicherung - Postfach 30 24 50 - 20308 Hamburg

Für alle Smartphone-Besitzer: die **HanseMerkur ServiceApp!** Profitieren auch Sie von unseren mobilen Services wie Leistungs- und Dokumenteneinreichung, Postbox mit Bearbeitungsstatus und vielen weiteren personalisierten Services. Alles sicher mit Datenverschlüsselung und PIN-Aktivierung! Infos unter: www.hansemerkur.de/app-center/serviceapp.

Alles Gute für Sie! Ihre HanseMerkur

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und der 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 Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹⁾ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	14
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	15
§ 3	Wartezeiten	16
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	16
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	17
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	18
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	19

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	19
§ 8a	Beitragsberechnung	19
§ 8b	Beitragsanpassung	19
§ 9	Obliegenheiten	20
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	20
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	20
§ 12	Aufrechnung	20

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	20
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	21
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	21

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	21
§ 17	Gerichtsstand	21
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	21

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gelten auch

1. Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;
2. durch Kraffanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.

- (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). Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für ambulante Heilbehandlung kann erstmals nach zweijähriger Dauer für Vorsorgeuntersuchungen, die nicht auf gesetzlich eingeführten Programmen beruhen, ein Kostenzuschuss gegeben werden. Nach Ablauf von jeweils zwei weiteren Jahren können erneut Zuschüsse zur Verfügung gestellt werden,
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind,
 - d) Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland nach dem neuesten Stand allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht unabhängig von Beruf, Reisen und Freizeitgewohnheiten - für alle empfohlen werden,
 - e) Zahnprophylaxe und über gesetzlich eingeführte Programme hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind,
 - f) ambulante Palliativversorgung im tariflichen Umfang, soweit die Aufwendungen über die Leistungen aus Pflegeversicherungen hinausgehen, und
 - g) die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind. Digitale Gesundheitsanwendungen, die dem Bereich der Fitness oder Wellness zuzurechnen sind, sind hiervon ausgeschlossen.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/KS mit Anhang und Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Als Europa im Sinne dieser Bedingung gelten auch die außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei. Bei vorübergehendem Aufenthalt der versicherten Person im europäischen oder außereuropäischen Ausland kann durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BpflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 2. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Ausreise etwas anderes vereinbart wurde. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, so wird der volle Versicherungsschutz so lange zur Verfüg-

ung gestellt, bis die versicherte Person die Rückreise ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Es kann jedoch durch Besondere Bedingungen die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung (BpflV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß § 4 Abs. 2 AVB/KS vereinbart werden. Der Versicherer verlangt im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen einen angemessenen Beitragszuschlag. Der Abschluss der Besonderen Bedingungen kann nur bis spätestens 2 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland beantragt werden. Ohne Besondere Bedingungen ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- Unter denselben Voraussetzungen sowie im Falle einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen dieser Staaten kann der Versicherungsnehmer für die betreffende Versicherung zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen das vorübergehende Ruhen von Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung (Tarif AwV) beantragen.
- (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. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer insoweit entweder einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangen. Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für 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. In diesem Fall erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag für das Neugeborene auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

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

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: COVID-19, Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber;
 - für den Ehegatten oder Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Schließung der Ehe bzw. Lebenspartnerschaft beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung und Psychotherapie acht Monate, für Zahnbehandlung, Zahnersatz (Inlays, Zahnprothetik, Brücken, Kronen sowie Implantate) und Kieferorthopädie sechs Monate.
- (4) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung in Verbindung mit einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird.
- (5) Soweit sich bei Änderung des Versicherungsschutzes in dem neu gewählten Tarif, der neu gewählten Tarifklasse oder -stufe Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über die Wartezeiten sinngemäß. Dies gilt nicht, wenn zugunsten des Versicherungsnehmers in Tarifen mit Leistungsanpassung etwas anderes bestimmt ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Sofern ein Tarif für ein Versicherungsjahr (siehe § 8 Abs. 1 AVB/KS) Leistungshöchstsätze vorsieht, reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns um ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat. Bei Beendigung der Versicherung ermäßigen sich diese Sätze nicht. Sofern ein Tarif über mehrere Versicherungsjahre kumulierende Leistungshöchstsätze vorsieht, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

Für Leistungshöchstsätze, die sich auf ein Kalenderjahr beziehen, erfolgt keine Kürzung.

Bei einem Wechsel in Tarife, Tarifklassen oder -stufen, die für eine Leistungsart Leistungshöchstsätze oder andere Leistungsbegrenzungen vorsehen, werden die in den abgehenden Tarifen für diese Leistungsart bereits erstatteten Aufwendungen in den zugehenden Tarifen entsprechend berücksichtigt.

Im Jahr eines unterjährigen Wechsels zwischen Tarifen (bzw. Tarifklassen oder -stufen) gelten auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze im abgehenden Tarif ungekürzt. Im zugehenden Tarif reduzieren sich diese im Kalenderjahr des Wechsels um ein Zwölftel für jeden in diesem Tarif vollständig nicht versicherten Monat, sofern nicht die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

Bei einer unterjährig durchgeführten Beitragsanpassung, bei der auf Versicherungsjahre bezogene Leistungshöchstsätze gemäß § 8b Abs. 1 AVB/KS geändert werden, gelten jeweils die zum Behandlungszeitpunkt gültigen ungekürzten Sätze. Dies gilt entsprechend für unterjährige Wechsel zwischen Tarifen, Tarifklassen oder -stufen, sofern die bisher abgelaufene mehrjährige Versicherungsdauer für den zugehenden Tarif anerkannt wird.

- (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.

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Weiterhin dürfen auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

In vertraglichem Umfang sind erstattungsfähig die Heilbehandlungskosten für Verrichtungen des Behandelnden, soweit sie dieser nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung stellen kann. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der möglichen Höchstsätze der Gebührenordnung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Behandlungskosten, die durch Inanspruchnahme von Heilpraktikern entstehen, werden nur bis zu den Höchstätzen erstattet, bis zu denen für vergleichbare ärztliche Leistungen Honorare bemessen werden können.

Erstattungsfähig sind auch telemedizinische Beratungen und Behandlungen durch approbierte Ärzte, die für einen auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisierten Anbieter tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgenommen werden. Voraussetzung ist, dass der Anbieter in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis des Versicherers enthalten ist. Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

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

Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Diät- und Säuglingskost u. dgl.

Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten als Heilmittel alle in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannten Heilmittel. Als Heilmittel gelten nicht Sauna-, russisch-römische und ähnliche Bäder.

Soweit nicht die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zur Anwendung kommt, bemisst sich die tarifliche Leistung für Heilmittel nach den gemäß Bundesbeihilfavorschriften dafür als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen (Anlage 9 zu § 23 Abs. 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - „Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel“). Für Aufwendungen, die über diese Beträge hinausgehen, besteht kein Leistungsanspruch.

Als Hilfsmittel gelten die als solche im Tarif aufgeführten Gegenstände.

Als Apotheke gilt auch eine Versand- oder Internetapotheke.

Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von niedergelassenen approbierten Ärzten oder von approbierten Ärzten, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem in dem entsprechenden Anbieterverzeichnis^{*)} des Versicherers enthaltenen, auf die ärztliche Fernbehandlung spezialisiert

ten Anbieter tätig sind, oder von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die zwischen dem Anbieter der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbart wurde. Gibt es für eine digitale Gesundheitsanwendung keine solche Vereinbarung, sind die Kosten bis zu der Höhe erstattungsfähig, die nach § 134 SGB V mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart wurde. Besteht für eine digitale Gesundheitsanwendung eine gesonderte Vereinbarung über den Erstattungsbetrag zwischen dem Anbieter und dem Versicherer, werden immer die zwischen Anbieter und Versicherer vereinbarten Beträge erstattet. Für anderweitige digitale Gesundheitsanwendungen, deren Erstattung vorher durch den Versicherer zugesagt wurde, sind die in Rechnung gestellten Kosten erstattungsfähig.

*) Das jeweils aktuelle Anbieterverzeichnis wird auf Anfrage durch den Versicherer zur Verfügung gestellt.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Ferner wird bei Krankheitskostenversicherungen in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben.

Leistungen für die oben beschriebenen Krankenanstalten werden auch ohne vorherige Zusage des Versicherers in vertraglichem Umfang erbracht,

1. wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Akutbehandlung erfordern,
 2. wenn eine Notfalleinweisung (bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen) erfolgte,
 3. wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt, die innerhalb von zwei Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde und die aufgrund einer der folgenden Indikationen medizinisch notwendig war: Bypass-Operation am Herzen, akuter Herzinfarkt, Operation am offenen Herzen, Wirbelsäulen-Operation, Schlaganfall, Gelenkersatz mit Knie- oder Hüftgelenksprothesen, Nagelung von Oberschenkelhalsbrüchen oder bösartige Neubildung (AHB nach Operation, Chemotherapie bzw. Strahlentherapie), sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht,
 4. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten ist oder
 5. wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Behandlung dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von

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

- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Abweichend davon wird für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

Für anerkannte, nach Versicherungsbeginn eingetretene Wehrdienstbeschädigungen (§§ 80 ff. Soldatenversorgungsgesetz) und deren Folgen besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen für die Aufwendungen, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld bleiben von der Vorleistung durch die gesetzliche Heilfürsorge unberührt;

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder 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.

Abweichend davon werden die tariflichen Leistungen für ärztliche Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel auch dann erbracht, wenn sie im Rahmen einer ärztlich verordneten und medizinisch notwendigen ambulanten Kur in Deutschland anfallen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Eine Inanspruchnahme dieser Leistung ist nur alle 3 Jahre möglich. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Fahrtkosten sowie Kurtaxe sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aus Tarifen mit Leistungsanspruch für stationäre Krankenhausbehandlung kann bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung ein Kostenzuschuss gezahlt werden, wenn der Versicherer diesen vor Kurantritt aufgrund eines ausführlichen ärztlichen Attestes zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Soweit nicht im Tarif ergänzend ausdrücklich anderes bestimmt ist, können Leistungen erstmals für Behandlungen erbracht werden, die nach dreijähriger Versicherungsdauer stattfinden. Für Behandlungen dieser Art, die nach Ablauf von jeweils drei weiteren Jahren stattfinden, können erneut Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Das gilt auch für Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen, die in Krankenhäusern bzw. Kliniken stattfinden;

- e) für Krankenhaustagegeldleistungen bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung - siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- h) bei Ergänzungstarifen für gesetzlich versicherte Personen für Zuzahlungen, sofern diese die gemäß § 62 SGB V für die versicherte Person geltende Belastungsgrenze überschreiten.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Leistungspflicht des Versicherers setzt voraus, dass ihm folgende Nachweise erbracht werden:
- a) bei ambulanter Heilbehandlung: Originalrechnungen des Behandelnden, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen vom Behandelnden erbrachten Leistungen nach Datum, Anzahl und Art der Behandlung bzw. Ziffer der angewendeten Gebührenordnung enthalten müssen; bei Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel quittierte Verordnungen zusammen mit der dazugehörigen Rechnung des Behandelnden. Besteht anderweitig Krankenversicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
- b) bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus ist eine ärztliche Einweisungsbescheinigung mit der Krankheitsbezeichnung vorzulegen; im Übrigen gilt Buchst. a entsprechend, und zwar auch bei stationärer Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung (siehe § 5 Abs. 1 Buchst. d). Soll nur Krankenhaustagegeld geleistet werden, genügt es, wenn neben der Einweisungsbescheinigung Nachweise über die Aufenthaltsdauer und die im Krankenhaus gestellte Diagnose vorgelegt werden.
- c) Ist eine Zusatzleistung im Todesfall zu zahlen, muss eine amtliche Sterbeurkunde vorgelegt werden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind. Leistungen aus unbezahlt eingereichten Rechnungen kann er unter Anzeige an den Versicherungsnehmer mit befreiender Wirkung an die Rechnungssteller auszahlen.
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (6) Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen aus außereuropäischen Sprachen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe eingeräumt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

- (2) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (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 beim Versicherer erfragt werden kann.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer aufgrund des § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er gem. § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG

(siehe Anhang) eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt zwei Monatsbeiträge.

- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (8) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden. Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Sie erfolgt nach Altersgruppen. Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das tarifliche Lebensalter der versicherten Person dem Endalter einer Altersgruppe entspricht, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem erreichten Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Altersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 v. H., so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden sowie tariflich vorgesehene Leistungshöchstbeträge (auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres) und Tagegelder erhöht werden.
- (2) (entfallen)

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

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.
- (6) Für Personen, die Ergänzungstarife zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeschlossen haben, ist die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich in Textform zu informieren.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres (siehe § 8 Abs. 1), mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile Russlands und der Türkei, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.
- (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, gelten § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (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.

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.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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.

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann

nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- (1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um
 1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

§ 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

- (1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG] in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die
Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/TS)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	25
§ 1a	Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag	26
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	26
§ 3	Wartezeiten	27
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	27
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	28
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	28
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	28

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	28
§ 8a	Beitragsberechnung	29
§ 8b	Beitragsanpassung	29
§ 9	Obliegenheiten	29
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	30
§ 11	Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit	30
§ 11a	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	30
§ 12	Aufrechnung	30

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	30
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	30
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe / Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses	31

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	31
§ 17	Gerichtsstand	31
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	32

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gelten auch

- a) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Absatzes in den Körper gelangt ist;
 - b) durch Kraftanstrengung der versicherten Person hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder

Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Führen mehrere Versicherungsfälle mit mehreren sich anschließenden oder überschneidenden Arbeitsunfähigkeiten bei Arbeitnehmern zu einer Beendigung des Gehaltsfortzahlungsanspruchs, so wird die Karenzzeit in diesen Fällen für die durchgehende Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und das versicherte Krankentagegeld ab dem Zeitpunkt des Fortfalls des Gehaltsanspruchs, frühestens aber nach der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

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

Zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Falle einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit nach § 15 Abs. 2 Buchst. d wird der zuletzt vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit ausgeübte Beruf herangezogen.

- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften (siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist. Mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.
- (6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann.
- (8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaustauschfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.
- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaustausch zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.
- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaustausch auf den Kalendertag umgerechnet, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Nettoeinkommens gelten 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes. Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist wird als Bemessungsgrundlage das durchschnittliche tägliche Einkommen gemäß Satz 2 dieses Absatzes der letzten 3 Monate herangezogen.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für 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 Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen des § 2 Abs. 1 entsprechend für die Mehrleistungen (Erhöhung des Krankentagegeldes oder Verkürzung der tariflichen Karenzzeit).

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen. Die allgemeine Wartezeit entfällt zusätzlich bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Ziegenpeter (Mumps), spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken, Wechselfieber und Rückfallfieber.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes setzt mit Ablauf der tariflichen Karenzzeit ein. Tritt jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

- (2) Die Leistungspflicht des Versicherers beschränkt sich auf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen. Sonstige Krankentage- und Krankengelder bzw. die vom Arbeitgeber erbrachte Lohnfortzahlung oder sonstige von ihm aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung gestellte Leistungen werden auf die Versicherungsleistung angerechnet. Als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Nettoeinkommens gelten 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit wird als Bemessungsgrundlage das durchschnittliche tägliche Einkommen gemäß Satz 3 der letzten 3 Monate herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

- (3) Während der Zeit einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit nach § 15 Abs. 2 Buchst. d gelten als Bemessungsgrundlage zur Bestimmung des Nettoeinkommens 80 % der nach den Vorschriften des Einkommensteuergesetzes ermittelten Summe der Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit in Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit in den letzten 12 Monaten vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Bei Aufnahme oder Änderung einer beruflichen Tätigkeit während der letzten 12 Monate vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit wird als Bemessungsgrundlage das durchschnittliche tägliche Einkommen gemäß Satz 1 der letzten 3 Monate vor Eintritt der vorübergehenden Arbeitslosigkeit herangezogen, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Der Bezug von Arbeitslosengeld nach dem Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) während einer Arbeitsunfähigkeit wird auf die Versicherungsleistung angerechnet.

- (4) Das Krankentagegeld wird fällig, wenn der Versicherungsnehmer seinen tatsächlichen Verdienstaufschlag dem Versicherer in hierzu geeigneter Form (z. B. Gehaltsabrechnung oder Einkommensteuerbescheid) nachweist. Der Versicherer kann bis zur

Vorlage dieser Nachweise unter dem Vorbehalt der Rückforderung von Überzahlungen Abschlagszahlungen auf das Krankentagegeld leisten.

- (5) Übersteigt das vereinbarte Krankentagegeld das aus der Berufstätigkeit herrührende Nettoeinkommen, so kann sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung das Krankentagegeld unter Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung - auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle - herabgesetzt wird.
- (6) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (7) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (8) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.
- (9) 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.
- (10) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 9 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere Behandlung in einer Krankenanstalt gemäß Satz 1 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, so ist der Versicherer - unbeschadet der Ansprüche auf Krankentagegeld - nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Abweichend davon wird bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz). Jedoch wird für die Zeit der stationären Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim - ohne Rücksicht auf die tariflichen Karenzzeiten - das Krankentagegeld gezahlt;
 - d) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 9 und 10). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Für Arbeitsunfähigkeit bei Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann Krankentagegeld gezahlt werden, wenn der Versicherer dieses aufgrund eines ausführlichen Attestes vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

Das Krankentagegeld wird nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen nach Maßgabe der eingereichten Nachweise gezahlt (vgl. dazu § 9 Abs. 1).

- (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) Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.
- (5) 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.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe eingeräumt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif bzw. für nachträgliche Vertragsänderungen jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

- (2) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.

Beiträge, die der Versicherer aufgrund einer ihm vom Versicherungsnehmer erteilten Abbuchungsermächtigung einzuziehen hat, gelten als rechtzeitig entrichtet, es sei denn, dass eine Abbuchung aus Gründen unterbleibt oder verzögert wird, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat.

- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.
- (4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (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 beim Versicherer erfragt werden kann.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer aufgrund des § 37 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 VVG (siehe Anhang) eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt zwei Monatsbeiträge.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (8) Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß §§ 151 Abs. 1, 140 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines drohenden Notstandes herangezogen werden.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei 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. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

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

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 v. H., so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 8) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen wöchentlich nachzuweisen.

Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hat die versicherte Person sich einer fortlaufenden Heilbehandlung zu unterziehen.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Kranken-

tagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchst. b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurück zu gewähren.

§ 11a Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres (siehe § 8 Abs. 1), mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 5 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (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) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

Der Versicherer kann wegen Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als

drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe / Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

- a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
- b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Der Bezug einer Berufsunfähigkeits- / Erwerbsminderungsrente steht der Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§ 11 und § 15 Abs. 1 Buchst. b Satz 2) gleich;
- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens zum Ende des Monats, in dem die Regelaltersgrenze (§§ 35 und 235 SGB VI - siehe Anhang) erreicht wird. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Erreichen der Regelaltersgrenze kann auf Antrag eine Weiterversicherung nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) vereinbart werden, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind;
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

- (2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:

- a) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit oder die Dauer der Berufsunfähigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder seit Eintritt der Berufsunfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

- b) Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

- c) Abweichend von § 15 Abs. 1 Buchst. a Satz 1 setzt sich das Versicherungsverhältnis auch im Fall und für die Dauer von vorübergehender Arbeitslosigkeit (siehe Buchst. d) fort.

- d) Vorübergehende Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach Beendigung eines Arbeitsverhältnisses oder nach Aufgabe einer selbstständigen Tätigkeit zwar arbeitslos ist,

- sich aber sogleich und ernsthaft um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bemüht und
- sich diese Bemühungen aufgrund objektiver Umstände nicht als aussichtslos darstellen.

Ernsthaftes Bemühen setzt voraus, dass die versicherte Person die Arbeitsvermittlung nicht nur dem Arbeitsamt oder anderen Arbeitsvermittlungsstellen überlässt, sondern sich auch selbst regelmäßig und ernsthaft auf dem freien Arbeitsmarkt bewirbt. Auf Verlangen des Versicherers sind diesbezügliche Nachweise einzureichen.

- e) Kommt die versicherte Person der unter Buchst. d Satz 3 festgelegten Nachweispflicht nicht nach oder unternimmt sie keine ernsthaften Bemühungen um die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder stellen sich die Bemühungen aufgrund objektiver Umstände als aussichtslos dar, endet das Versicherungsverhältnis und kann für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit als Anwartschaftsversicherung fortgeführt werden. Der entsprechende Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach der Mitteilung des Versicherers über die Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu stellen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (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.

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.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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.

Anhang – Auszüge aus den Gesetzestexten

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflicht-

Verletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobligiegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 39 Vorzeitige Vertragsbeendigung

- (1) Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer die Prämie bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer nach § 37 Abs. 1 zurück, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

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

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

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- (1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,

...

§ 151 Überschussbeteiligung der Versicherten

- (1) § 139 Absatz 1 und 2 Satz 1 und 2 sowie § 140 Absatz 1 mit Ausnahme von § 140 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 sind auf Krankenversicherungsverträge, die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung der Versicherten vorsehen, entsprechend anzuwenden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI]

§ 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

§ 235 Regelaltersrente

- (1) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1964 geboren sind, haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird frühestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreicht.

- (2) Versicherte, die vor dem 1. Januar 1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Für

Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1946 geboren sind, wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

Versicherte Geburtsjahr	Anhebung um Monate	auf Alter	
		Jahr	Monat
1947	1	65	1
1948	2	65	2
1949	3	65	3
1950	4	65	4
1951	5	65	5
1952	6	65	6
1953	7	65	7
1954	8	65	8
1955	9	65	9
1956	10	65	10
1957	11	65	11
1958	12	66	0
1959	14	66	2
1960	16	66	4
1961	18	66	6
1962	20	66	8
1963	22	66	10

Für Versicherte, die

1. vor dem 1. Januar 1955 geboren sind und vor dem 1. Januar 2007 Altersteilzeitarbeit im Sinne der §§ 2 und 3 Abs. 1 Nr. 1 des Altersteilzeitgesetzes vereinbart haben oder
2. Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben,

wird die Regelaltersgrenze nicht angehoben.

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz [MuSchG]

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

- (1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.
- (2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG] in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017)

Tarifbedingungen 2017 (TB/EPV 2017)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	36
§ 1a	Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit	37
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	38
§ 3	Wartezeit	38
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	38
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	39
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	39
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	40

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	40
§ 8a	Beitragsberechnung	41
§ 8b	Beitragsanpassung	41
§ 9	Obliegenheiten	41
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	42
§ 11	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	42
§ 12	Aufrechnung	42

Ende der Versicherung

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	42
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	42
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	43

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	43
§ 17	Gerichtsstand	43
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	43
§ 19	Überleitungsregel für Leistungsbezieher	43

Anhang - Auszüge aus den Gesetzestexten

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

zu § 1 (1) MB/EPV 2017:

Sofern ein Tarif ein Pflegemonatsgeld vorsieht, ist dies einem Pflegetagegeld gleichzustellen, wobei ein Monat 30 Tagessätze umfasst.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

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

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

zu § 1 (5) MB/EPV 2017:

Darüber hinaus erstreckt sich der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und die Schweiz.

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

zu § 1 (6) MB/EPV 2017:

- a) Abweichend von § 1 Abs. 6 Satz 2 MB/EPV 2017 ist der Versicherer zur Annahme des Antrags unverzüglich verpflichtet.
- b) Der Versicherungsnehmer kann einen Risikozuschlag und eine Wartezeit dadurch abwenden, dass er die Vereinbarung eines entsprechenden Leistungsausschlusses verlangt, soweit letzterer versicherungstechnisch möglich ist.
- c) Abweichend von § 1 Abs. 6 Satz 5 MB/EPV 2017 besteht der Umwandlungsanspruch auch bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- a) Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
- d) Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
- e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
- aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
- bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
- dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

- (3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:
- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
 - Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.
- (5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.
- (6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

zu § 2 (2) MB/EPV 2017:

Werden Neugeborene gemäß § 2 Abs. 2 MB/EPV 2017 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf Pflegebedürftigkeit wegen Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

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

§ 3 Wartezeit

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

zu § 3 (2) MB/EPV 2017:

Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 (1) MB/EPV 2017:

a) Soweit der Tarif Ersatz von Aufwendungen für häusliche Pflege vorsieht, besteht Leistungsanspruch nur bei Inanspruchnahme von öffentlichen oder freigemeinnützigen Pflege- und Sozialstationen oder staatlich anerkanntem Pflegepersonal. Tariflich vorgesehene Pflegetagegeldleistungen bleiben davon unberührt.

b) Bei stationärer Pflege besteht Leistungsanspruch nur bei Aufenthalt in konzessionierten oder öffentlichen Pflegeheimen, Pflegeabteilungen in Altenheimen oder in Krankenanstalten.

c) Soweit für pflegespezifische technische Hilfsmittel aus einer gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung Leistungen beansprucht werden können, besteht Anspruch auf die tariflichen Leistungen nur für die Aufwendungen, die trotz dieser Leistungen verbleiben. Ist ein pflegespezifisches Mittel nur vorübergehend notwendig, so erfolgt eine Kostenbeteiligung - im Rahmen der hierfür vorgesehenen tariflichen Leistungen - bis zu den Aufwendungen, die bei einer Anschaffung entstanden wären.

d) Eintritt und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit sind anhand der in § 1a festgelegten Kriterien durch ärztliche Bescheinigungen nachzuweisen. Kosten je eines Nachweises innerhalb von sechs Monaten hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Kosten häufiger verlangter Nachweise gehen zulasten des Versicherers. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Verwandten, Schwägerten oder im Haushalt des Versicherten lebenden Personen reichen zum Nachweis nicht aus.

- (2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige

erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

zu § 5 (1) MB/EPV 2017:

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen aus Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Verwandte, Verschwägerter oder im Haushalt des Versicherten lebende Personen. Soweit der Tarif es vorsieht, wird jedoch ein Pflegegeld gezahlt.
- b) Besteht auch Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder

Unfallfürsorge oder durch andere zuständige Leistungsträger (z. B. Beihilfeleistungen), so ist der Versicherer bei Bestehen einer Pflegekostenversicherung nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.

zu § 5 (1) a MB/EPV 2017:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/EPV 2017 wird für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts keine Reiseverwarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reiseverwarnung während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

zu § 5 (1) b MB/EPV 2017:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/EPV 2017 besteht zugunsten des Versicherungsnehmers für Versicherungsfälle, die auf Sucht beruhen, Anspruch auf die tarifliche Leistungszusage. Dies gilt nicht für die Tarife bzw. Tarifstufen PTU, PZU, plus PU und plus PZU der ergänzenden Pflegekrankenversicherung, die bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit Leistungen erbringen.

zu § 5 (1) c MB/EPV 2017:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/EPV 2017 leistet der Versicherer aus der Pflegegeldversicherung auch bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz.

zu § 5 (1) d MB/EPV 2017:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/EPV 2017 - unter Beachtung der Regelung aus Tarifbedingung Buchst. b zu § 5 Abs. 1 - Anspruch auf die tarifliche Leistungszusage.

zu § 5 (1) e MB/EPV 2017:

Zugunsten des Versicherungsnehmers besteht abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/EPV 2017 - unter Beachtung der Regelung aus Tarifbedingung Buchst. b zu § 5 Abs. 1 - Anspruch auf die tarifliche Leistungszusage.

zu § 5 (1) g MB/EPV 2017:

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. g MB/EPV 2017 benennt der Versicherer keine Pflegekräfte.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

- (2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

zu § 6 (5) MB/EPV 2017:

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

- (6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

zu § 8 (1) MB/EPV 2017:

Das erste Versicherungsjahr beginnt für den einzelnen Tarif, die einzelne Tarifklasse oder -stufe jeweils an dem Tag, der auf dem Versicherungsschein unter „Beginn“ angegeben ist; es endet am 31. Dezember des dort angegebenen Jahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf

dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

zu § 8 (1) und (2) MB/EPV 2017:

a) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre geschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht vom Versicherungsnehmer zum Ablauf der Vertragszeit fristgemäß gekündigt wird.

b) Für Beitragsvorauszahlungen werden folgende Nachlässe gewährt:

Vorauszahlung für 12 Monate 3 %,

Vorauszahlung für 6 Monate 2 %,

Vorauszahlung für 3 Monate 1 %.

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

zu § 8 (3) MB/EPV 2017:

Abweichend von § 8 Abs. 3 MB/EPV 2017 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Monatsbeitrag bzw. die erste Beitragsrate jedoch erst am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher zugegangen ist.

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

- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (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 den Tarifbedingungen ergibt.

zu § 8 (5) MB/EPV 2017:

Abweichend von § 8 Abs. 5 MB/EPV 2017 kann die Höhe der Mahnkosten beim Versicherer erfragt werden.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

zu § 8a (1) MB/EPV 2017:

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Für Kinder ist ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 14. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 15-19 Jahren und für Jugendliche ab Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, der Beitrag entsprechend einem Eintrittsalter von 20 Jahren zu entrichten.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

zu § 8a MB/EPV 2017:

Der Alterungsrückstellung der versicherten Person werden nach Maßgabe des § 150 VAG (siehe Anhang) und der technischen Berechnungsgrundlagen jährlich zusätzliche Beträge zugeschrieben. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen verwendet. Mit Vollendung des 80. Lebensjahres werden die Zuschreibungen und nicht verbrauchte Beträge zur Beitragssenkung eingesetzt. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung behält sich der Versicherer vor, an Stelle einer Beitragsermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorzunehmen.

§ 8b Beitragsanpassung

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

zu § 8b (1) MB/EPV 2017:

Als Beobachtungseinheiten gelten: Männer, Frauen, Erwachsene (im Falle, dass die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden) und Kinder/Jugendliche. Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10.

- (2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.
- (3) (entfallen)
- (4) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der in den Tarifbedingungen festgesetzten Frist - durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

zu § 9 (1) MB/EPV 2017:

Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist innerhalb von 10 Tagen nachzuweisen.

- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d.

zu § 9 (2) MB/EPV 2017:

Zugunsten des Versicherungsnehmers wird auf die Anzeige eines Leistungsbezugs gemäß § 5 Abs. 1d verzichtet.

- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum

Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

zu § 13 (1) MB/EPV 2017:

Zur Definition des Versicherungsjahres vgl. die Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/EPV 2017.

- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

zu § 13 MB/EPV 2017:

Verlegt eine versicherte Person in der Pflegekostenversicherung ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten ab Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zum Zeitpunkt der Verlegung kündigen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

zu § 14 (1) MB/EPV 2017:

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- (4) In der Pflegezeitgeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

zu § 15 (4) MB/EPV 2017:

Verlegt eine in der Pflegezeitgeldversicherung versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so ist der Versicherer zur Fortsetzung des Vertrages verpflichtet. Die Fortsetzung kann von besonderen Vereinbarungen abhängig gemacht werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht

Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

- (1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

- (2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die

Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

- (3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zu stehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

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.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

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.

Anhang – Auszüge aus den Gesetzestexten

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht

geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 150 Gutschrift zur Alterungsrückstellung; Direktgutschrift

- (1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).
- (2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.
- (3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerrhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienerrmäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.
- (4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerrhöhungen oder zur Prämienerrmäßigung zu verwenden. Die Prämienerrmäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflege-

bedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

- (1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.
- (2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zur Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.
- (2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.
- (7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.
- (8) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Juli 2022 Rahmenvorgaben zu einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen, bei denen Pflegefachkräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 geregelten Anforderungen erfüllen, innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Versorgungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können, sowie Vorgaben zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes und zur Information der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes durch den Leistungserbringer über die erbrachten Maßnahmen.
- (9) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens für die im Rahmen einer Versorgung nach Absatz 8 erbrachten Leistungen pseudonymisieren die Krankenkassen die Angaben zu den Ausgaben jeweils arztbezogen sowie versichertenbezogen. Sie übermitteln diese Angaben nach Durchführung der Abrechnungsprüfung dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der diese Daten für den Zweck der nach Absatz 10 durchzuführenden Evaluierung kassenartenübergreifend zusammenführt und diese Daten dem nach Absatz 10 Satz 2 beauftragten unabhängigen Dritten übermittelt. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der beauftragte unabhängige Dritte nach Absatz 10 Satz 2 haben die ihnen nach Satz 2 übermittelten pseudonymisierten Daten spätestens ein Jahr nach Abschluss der Evaluierung zu löschen.
- (10) Drei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen nach Absatz 8 evaluieren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der nach Absatz 9 Satz 2 übermittelten Daten insbesondere die mit der Versorgung nach Absatz 8 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach Absatz 8 sowie die Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität. Die Evaluierung hat durch einen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer gemeinsam zu beauftragenden unabhängigen Dritten zu erfolgen.

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung [SGB XI]**

**§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit,
Begutachtungsinstrument**

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktebereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktebereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden / unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12. Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege / Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterien	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnungen in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnungen in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterium	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

...

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

...

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

...

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges

Pflegezulage

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 360 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 615, 874, 1.125, 1.460 oder 1.797 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen

zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG] in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarif BKZY

Ergänzungstarif zur Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZY können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif ZY für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen. Sieht eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder eine private Krankenversicherung der versicherten Person im Versicherungsfall eine Leistung gemäß Punkt B. 1. und B. 2. vor, so besteht Erstattungsanspruch aus Tarif BKZY nur nach deren Vorleistung. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV oder der privaten Krankenversicherung einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen.

1. PanTum Detect® Test

Der Versicherer erstattet **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus rein medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

2. Bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen

Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen außerdem die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT). Bei begründetem Verdacht auf ein Prostatakarzinom erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen zunächst eine Prostata-MRT:

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

- (1) **erstmalig** auffällig ist oder
- (2) **erneut** auffällig ist und der vor dem auffälligen Testergebnis zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- (1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,
- (2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und
- (3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT und eine Kopf-Hals MRT durchgeführt wurde.

Die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens werden zu **100 %** erstattet, soweit das Verfahren bei einem der Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgt. Für nicht bei Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG durchgeführte Untersuchungen beträgt die Erstattung **80 %** der angefallenen Aufwendungen.

3. Begleitleistungen nach erfolgter Diagnose einer bösartigen Neubildung

Wird bei der versicherten Person eine bösartige Neubildung diagnostiziert, kann sie bis zum vollständigen Ausscheiden aus der onkologischen Nachsorge anstatt der in Punkt B. 1. aufgeführten Leistung die nachfolgend aufgeführten Begleitleistungen zur Behandlung der

diagnostizierten Erkrankung in Anspruch nehmen. Abweichend hiervon können innerhalb des Kalenderjahres, in dem die bösartige Neubildung diagnostiziert wurde, Leistungen sowohl nach Punkt B. 1. als auch nach Punkt B. 3. in Anspruch genommen werden.

3.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet.

Maßgeblich für die Kostenerstattung der Wahlleistung Unterkunft ist, für welche Unterkunftsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BpflV oder KHEntG angefallen wäre.

Nicht erstattungsfähige Leistungen

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Aufwendungen für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

3.2 Ersatzkrankhaustagegeld

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung der in Punkt 3.1 aufgeführten versicherten Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

75 EUR

gezahlt.

3.3 Erstattungsfähige Mehrkosten aufgrund freier Krankenhauswahl

Erstattet werden auch die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden zusätzlichen Kosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. Abweichend von § 4 (5) AVB/KS verzichtet der Versicherer zugunsten der versicherten Person in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf eine vorherige schriftliche Leistungszusage.

3.4 Transportkosten

zu 100 %

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

3.5 Kurtagegeld

Für ärztlich verordnete, stationäre Genesungskuren in Folge einer Krebserkrankung erstattet der Versicherer **je Kurtag für maximal 42 Tage** ein Kurtagegeld in Höhe von

75 EUR.

4. Gesundheitsassistance

Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen folgende Assistanceleistungen erhalten, sofern diese durch die Hanse-Merkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)
- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

C. Wartezeiten

Es werden keine Wartezeiten vereinbart, § 3 AVB/KS findet für den Tarif BKZY keine Anwendung.

D. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 69. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.

Tarif BKA

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKA können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrages der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKA für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für im Folgenden aufgeführte ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbsthalte, die von der GKV gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren.

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene (ab Alter 20 Jahre):

Jede der unter Punkt a) bis e) aufgeführten ärztlichen Leistungen ist **einmal innerhalb von zwei Versicherungsjahren** erstattungsfähig.

a) Erweiterte Krebsvorsorge:

- Für Frauen in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
- Für Männer in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

c) Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Blutentnahme; Blutuntersuchung (Glukose, Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin)

und

in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung:

Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

d) Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.

e) Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

2. Sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der GOÄ für sonstige, nicht unter Punkt B. 1. aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die durch Ärzte erbracht werden (z. B. sportmedizinische Untersuchungen, Hörtests), soweit sie nicht von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Jede dieser Aufwendungen ist **einmal innerhalb von zwei Versicherungsjahren** erstattungsfähig.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so ist diese nachzuweisen. Erstattet werden nach einer Vorleistung

75 %

der nach Abzug der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so reduziert sich der Erstattungssatz auf

50 %

der Aufwendungen.

Die Erstattungen sind insgesamt auf **200 EUR** innerhalb von jeweils zwei Versicherungsjahren begrenzt.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden GOÄ erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Nicht versichert sind gendiagnostische Untersuchungen. Das gleiche gilt für Aufwendungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ in Rechnung gestellt wurden.

3. Präventionskurse zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 (1) SGB V entsprechen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen. Für Versicherte der GKV ist die Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV nachzuweisen; die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um ggf. vorhandene Vorleistungen reduziert.

Die Erstattung ist auf maximal **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS) begrenzt.

4. Maßnahmen zur Stressbewältigung

Für versicherte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr werden die folgenden Leistungen zur Verfügung gestellt:

4.1. Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für die Teilnahme an einem Seminar im Rahmen eines vom Versicherer vorgegebenen individuellen Programms (z. B. per Telefon oder Online) bei einem vorgegebenen Gesundheitsdienstleister zur Aufklärung über Stress-Symptome und -Ursachen und zum Erlernen von Stressmanagement-Strategien. Dazu zählen Verfahren, um Stress vorzubeugen, bestehenden Stress abzubauen und Stressresistenz zu trainieren. Kosten für ein erneutes Seminar werden nur dann erstattet, wenn seit dem Abschluss einer derartigen Maßnahme mindestens 24 Monate vergangen sind. (Auskünfte über geeignete Einrichtungen können jederzeit bei der Leistungsabteilung des Versicherers eingeholt werden.)

4.2. Der Versicherer stellt eine kostenfreie Telefonhotline zur Beantwortung stressrelevanter medizinischer Fragen zur Verfügung.

4.3. Der Versicherer stellt einen kostenfreien telefonischen Facharztterminalservice zur kurzfristigen Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten im Falle stressrelevanter Beschwerden zur Verfügung.

5. Auslandsreisen

Bei Reisen ins europäische oder außereuropäische Ausland besteht der Versicherungsschutz für die unter den Punkten 5.2 bis 5.9 aufgeführten Leistungen für maximal 6 Wochen. § 1 (4) AVB/KS findet insoweit keine Anwendung.

Erfordert eine unter den Versicherungsschutz fallende Erkrankung während des Auslandsaufenthalts eine Heilbehandlung, die über den tariflich zugesagten Versicherungsschutz von 6 Wochen hinausgeht, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen einer nachgewiesenen Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten werden allerdings nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch bis zur Dauer von vier Wochen über das planmäßige Ende des Versicherungsschutzes hinaus übernommen.

Erstattungsfähig sind

100 %

bei

- 5.1. Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS);
- 5.2. ärztlichen Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber bei psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- 5.3. ärztlich verordneten Medikamenten und Verbandmitteln.
Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- 5.4. ärztlich verordneten Strahlen-, Licht- und sonstigen physikalischen Behandlungen; ärztlich verordneten Massagen, medizinischen Packungen und Inhalationen; ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- 5.5. stationären Behandlungen und Operationen, sofern diese in einer Anstalt erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück.
- 5.6. schmerzstillender Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).
Nicht versichert sind Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und die kieferorthopädische Behandlung;
- 5.7. Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, die über die Kosten der planmäßigen Rückreise hinaus entstehen;
- 5.8. Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- 5.9. Bestattungskosten im Ausland bis zu einer Höhe von maximal **5.000 EUR**.

Nicht versichert sind Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Für eine versicherte Person, die als EU-Ausländer weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat, besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit kein Versicherungsschutz im Sinne von Punkt B. 5. Das gleiche gilt für das Land, in dem sie einen (weiteren) ständigen Wohnsitz hat.

Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz, falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

6. Von den nachfolgend unter Punkt B. 6.1. bis B. 6.5. aufgeführten Leistungsbereichen kann die versicherte Person pro Versicherungsjahr jeweils einen Leistungsbereich für eine Erstattung auswählen.

6.1. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

Erstattet werden **100 %**

der Kosten für Sehhilfen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Der Versicherer erstattet auch refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Hierzu zählen z. B. LA-SEK- und LASIK-Operationen, Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit.

Nicht versichert sind Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung.

Die Erstattung ist auf **200 EUR** innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.

6.2. Hörhilfen

Erstattet werden **100 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für Hörhilfen sowie für deren Reparatur und Wartung. Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, besteht kein Leistungsanspruch. Die Vorleistung ist durch einen geeigneten Nachweis anzuzeigen.

Die Erstattung ist auf **400 EUR** innerhalb von vier Versicherungsjahren begrenzt.

6.3. Professionelle Zahnreinigung zu **100 %**.

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung:

- Professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010).

Die Erstattung ist auf maximal **60 EUR pro eingereicherter Rechnung und 120 EUR pro Versicherungsjahr** begrenzt.

6.4. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattet werden **80 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Die Erstattung ist auf **500 EUR** pro Versicherungsjahr begrenzt (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker oder Ärzte angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Gleiche gilt für die in diesem Zusammenhang vorgeschriebenen naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in den Tarifbedingungen unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

Nicht versichert sind psychotherapeutische Leistungen, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

§ 4 (6) AVB/KS findet auf die Leistungen nach Punkt B. 9. keine Anwendung.

6.5. Medikamente

Erstattet werden **100 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel. Selbstbehalte, die von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Die Erstattung ist auf **120 EUR** pro Versicherungsjahr begrenzt (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

D. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz nach den Punkten B. 1. bis B. 4. sowie nach dem Punkt B. 6.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

E. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKB

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKB können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und für ggf. gemäß Nr. 2. BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKB für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung als Einzelversicherung die BB BKV entfallen. Die Erklärung auf Fortführung des Vertrags ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Tarifbezeichnung und maximaler Erstattungsbetrag

Der Tarif BKB ist in Tarifstufen zwischen 300 EUR und 2.000 EUR versicherbar. Die versicherte Tarifstufe wird zusätzlich zur Tarifbezeichnung angegeben. Die Bezeichnung BKB/300 bedeutet z. B., dass die Tarifstufe 300 EUR versichert ist. Die versicherte Tarifstufe kann ausschließlich mit Wirkung zum nächsten 01.01. eines Jahres geändert werden.

1.1. Jährliches Budget

Die Erstattung der nachstehenden unter Punkt B. 2. aufgeführten versicherten Leistungen ist **je Kalenderjahr und je versicherte Person insgesamt auf einen maximalen Erstattungsbetrag (jährliches Budget) begrenzt**. Der maximale Erstattungsbetrag entspricht mit Ausnahme der Regelung unter Punkt B. 1.2. der Höhe der versicherten Tarifstufe. Ist z. B. die Tarifstufe 300 EUR versichert, so wird für alle versicherten Leistungen inklusive des Krankenhaustagegelds nach Punkt B. 2.13. in jedem Kalenderjahr aus dem Tarif BKB/300 in Summe maximal 300 EUR gezahlt.

Wird das jährliche Budget in einem Kalenderjahr nicht vollständig ausgeschöpft, verfällt der nicht in Anspruch genommene Betrag und kann nicht auf andere Kalenderjahre übertragen werden.

1.2. Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit

Wird im Gruppenversicherungsvertrag die Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit vereinbart, so gelten folgende Regelungen:

Hat eine versicherte Person für ein Kalenderjahr, in dem die Versicherung 12 Monate bestand und diese nicht in Anwartschaft geführt wurde, keine Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so steigt im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget auf 125 % der versicherten Tarifstufe. Hat eine versicherte Person für zwei oder mehr Kalenderjahre, in denen die Versicherung 24 oder mehr Monate bestand und diese nicht in Anwartschaft geführt wurde, keine Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so steigt im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget auf 150 % der versicherten Tarifstufe. Eine weitere Erhöhung findet nicht statt.

Beispiele:

Tarifstufe	Jährliches Budget nach einem leistungsfreien Kalenderjahr*	Jährliches Budget nach zwei leistungsfreien Kalenderjahren*
300 EUR	375 EUR (= 1,25 x 300 EUR)	450 EUR (= 1,50 x 300 EUR)
600 EUR	750 EUR (= 1,25 x 600 EUR)	900 EUR (= 1,50 x 600 EUR)

*Sofern die Versicherung im gesamten Zeitraum bestand und nicht in Anwartschaft geführt wurde.

Werden nach einem oder mehreren leistungsfreien Kalenderjahren wieder Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so entspricht im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget wieder der ursprünglichen Höhe der versicherten Tarifstufe.

Ob die Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit für eine versicherte Person vereinbart ist, kann dem Versicherungsausweis bzw. dem Versicherungsschein entnommen werden.

2. Versicherte Leistungen

Der Tarif BKB ist ein Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung. Für sämtliche unter den Punkten B. 2.1. bis B. 2.12. aufgeführten erstattungsfähigen Leistungen gilt folgende Regelung: Wird eine Vorleistung durch andere Kostenträger (zum Beispiel GKV, private Krankenzusatzversicherung oder private Krankheitskostenvollversicherung) in Anspruch genommen, sind nur die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen erstattungsfähig. Die Vorleistung ist in diesem Fall nachzuweisen. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen anderer Kostenträger darf die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

2.1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen nach den Punkten B. 2.1.1. und B. 2.1.2. sowie die dafür erforderlichen zahnärztlichen Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

2.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).

2.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Nicht versichert ist die gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

2.2. Zahnbehandlung und -prophylaxe

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unter den Punkten B. 2.2.1. bis B. 2.2.5. angegebenen ambulanten Zahnbehandlungen einschließlich der dazuzählenden Prophylaxe, soweit die Gebühren im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

2.2.1. Professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnaufhellung (Bleaching),
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung von Leistungen für professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung ist für jedes Kalenderjahr auf die nachfolgenden, in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe geltenden Erstattungshöchstsätze **begrenzt und wird auf das jährliche Budget angerechnet**:

Tarifstufen	300 EUR bis unter 600 EUR	600 EUR bis unter 900 EUR	Ab 900 EUR
Maximale Erstattung für professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung im Kalenderjahr	80 EUR	100 EUR	120 EUR

Im Falle einer Erhöhung des jährlichen Budgets nach Punkt B. 1.2. bleiben diese Erstattungshöchstsätze unverändert.

2.2.2. Besondere Füllungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen, sondern gelten als Zahnersatz nach Punkt B. 2.1.

2.2.3. Wurzelbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

2.2.4. Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Fissurenversiegelungen.

2.2.5. Parodontosebehandlung

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt B. 2.2. zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

2.3. Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, die in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit medizinisch notwendig werden, sofern

- die Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird und
- die für die Behandlung geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, vgl. § 1 (1) AVB/KS.

Schwerwiegende Erkrankungen sind angeborene Missbildungen des Gesichts oder Kiefers, skelettale Dysgnathie oder bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor).

2.4. Erweiterte Maßnahmen zur Angstlinderung und Schmerzausschaltung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die nachfolgenden Maßnahmen zur Angstlinderung und Schmerzausschaltung, sofern diese anlässlich einer in den Punkten B. 2.1. bis B. 2.3. genannten Behandlung erbracht werden:

- Akupunktur,
- Voll- oder Kombinationsnarkose bei Implantatbehandlungen,
- Lachgas- und Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf).

2.5. Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind insoweit erstattungsfähig, als sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt und anlässlich der Erbringung einer erstattungsfähigen Leistung nach den Punkten B. 2.1 bis B. 2.3 angefallen sind. Es gelten die im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführten Höchstbeträge. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Person anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2.6. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen, refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit (z. B. LASEK- und LASIK-Operationen), Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit bis zu den in der nachfolgenden Tabelle genannten Erstattungshöchstsätzen. Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösungen gehören nicht zu den refraktiven Eingriffen.

Die Erstattung dieser Leistungen ist für jedes Kalenderjahr auf die nachfolgenden, in Abhängigkeit von der versicherten Tarifstufe geltenden Erstattungshöchstsätze **begrenzt und wird auf das jährliche Budget angerechnet**:

Tarifstufen	300 EUR bis unter 600 EUR	600 EUR bis unter 900 EUR	900 EUR bis unter 1.200 EUR	1.200 EUR bis unter 1.500 EUR	Ab 1.500 EUR
Maximale Erstattung im Kalenderjahr	200 EUR	225 EUR	250 EUR	275 EUR	300 EUR

Im Falle einer Erhöhung des jährlichen Budgets nach Punkt B. 1.2. bleiben diese Erstattungshöchstsätze unverändert.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung und ist seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe keine Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien eingetreten, dann gelten die in der vorhergehenden Tabelle aufgeführten Erstattungshöchstsätze für einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für naturheilkundliche Heilbehandlungen.

Als naturheilkundliche Heilbehandlungen im Sinne dieses Tarifs gelten die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker oder Ärzte angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Psychotherapeutische Leistungen gehören nicht zu den naturheilkundlichen Heilbehandlungen im Sinne dieses Tarifs, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, sind ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattungsfähig; die unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

§ 4 (6) AVB/KS findet auf die Leistungen nach Punkt B. 2.7. keine Anwendung.

2.8. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern. Die Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen ist unter dem Punkt B. 2.6. gesondert geregelt.

Als Hilfsmittel gelten beispielsweise Hör- und Sprechhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle; Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht versicherte Leistungen im Bereich der Hilfsmittel:

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

2.9. Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Zu den Heilmitteln zählen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (z. B. Licht- und Wärmebehandlungen, medizinische Bäder und Massagen), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der podologischen Therapie, der Ergotherapie sowie der Ernährungstherapie, soweit diese in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig eingestuft sind (siehe auch § 4 (3) AVB/KS).

Darüber hinaus sind Heilmittel erstattungsfähig, sofern diese anlässlich einer nach Punkt B. 2.7. erstattungsfähigen naturheilkundlichen Heilbehandlung durch den behandelnden Heilpraktiker verordnet werden.

2.10. Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel und ärztlich verordnete Verbandmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Darüber hinaus sind Arznei- und Verbandmittel erstattungsfähig, sofern diese anlässlich einer nach Punkt B. 2.7. erstattungsfähigen naturheilkundlichen Heilbehandlung durch den behandelnden Heilpraktiker verordnet werden.

2.11. Schutzimpfungen vor Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

2.12. Vorsorgeuntersuchungen

Unabhängig von den §§ 1 (2) und 5 (2) der AVB/KS sind die auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Aufwendungen für die nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugenduntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

Die unter den Punkten a) bis g) aufgeführten ärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig.

a) Erweiterte Krebsvorsorge:

- Für Frauen in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
- Für Männer in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

c) Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Blutentnahme; Blutuntersuchung (Glukose, Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin)

und

in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung:

Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

d) Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.

e) Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

f) Ultraschall zur Prüfung der Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche.

g) Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus außerhalb der GKV-Leistungspflicht.

Die Aufwendungen für die genannten Vorsorgeuntersuchungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

2.13. Krankenhaustagegeld

Für **maximal 28 Tage im Jahr** wird für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts (ohne Kostennachweis) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

10 EUR

gezahlt.

Kein Krankenhaustagegeld wird bei teilstationärer bzw. vor- / nachstationärer Behandlung sowie bei stationärer Behandlung in Truppsanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen gezahlt.

3. Gesundheitsassistanceleistungen

Versicherte Personen und deren Familienangehörige können unabhängig von dem versicherten Budget folgende Assistanceleistungen bis zu zwei Mal je Kalenderjahr in Anspruch nehmen, sofern diese durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG erbracht oder vermittelt werden:

- HanseMerkur Online-Arzt für ärztliche Videosprechstunden inkl. Verordnungen, Überweisungen und Terminvereinbarungen bei Weiterbehandlungen,
- Online-Hautarzt für teledermatologische Behandlungen.

C. Wartezeiterlass

Die Wartezeiten werden gemäß Nr. 5. der BB BKV erlassen. Insofern findet § 3 AVB/KS keine Anwendung.

D. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

E. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

F. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags erhält die versicherte Person das Recht, die Versicherung im Rahmen der Einzelversicherung fortzuführen (vgl. Nr. 6. und Nr. 7. der BB BKV). Vergünstigungen oder Rabatte aus dem Gruppenversicherung entfallen zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag in der Einzelversicherung fortgeführt wurde. Es sind dann die Beiträge der Einzelversicherung zu entrichten.

Tarif BKBT

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKBT können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und für ggf. gemäß Nr. 2. BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKBT für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung als Einzelversicherung die BB BKV entfallen. Die Erklärung auf Fortführung des Vertrags ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Tarifbezeichnung und maximaler Erstattungsbetrag

Der Tarif BKBT ist in Tarifstufen zwischen 300 EUR und 2.000 EUR versicherbar. Die versicherte Tarifstufe wird zusätzlich zur Tarifbezeichnung angegeben. Die Bezeichnung BKBT/300 bedeutet z. B., dass die Tarifstufe 300 EUR versichert ist. Die versicherte Tarifstufe kann ausschließlich mit Wirkung zum nächsten 01.01. eines Jahres geändert werden.

1.1. Jährliches Budget

Die Erstattung der nachstehenden unter Punkt B. 2. aufgeführten versicherten Leistungen ist **je Kalenderjahr und je versicherte Person insgesamt auf einen maximalen Erstattungsbetrag (jährliches Budget) begrenzt**. Der maximale Erstattungsbetrag entspricht mit Ausnahme der Regelung unter Punkt B. 1.2. der Höhe der versicherten Tarifstufe. Ist z. B. die Tarifstufe 300 EUR versichert, so wird für alle versicherten Leistungen inklusive des Krankenhaustagegelds nach Punkt B. 2.13. in jedem Kalenderjahr aus dem Tarif BKBT/300 in Summe maximal 300 EUR gezahlt.

Wird das jährliche Budget in einem Kalenderjahr nicht vollständig ausgeschöpft, verfällt der nicht in Anspruch genommene Betrag und kann nicht auf andere Kalenderjahre übertragen werden.

1.2. Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit

Wird im Gruppenversicherungsvertrag die Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit vereinbart, so gelten folgende Regelungen:

Hat eine versicherte Person für ein Kalenderjahr, in dem die Versicherung 12 Monate bestand und diese nicht in Anwartschaft geführt wurde, keine Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so steigt im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget auf 125 % der versicherten Tarifstufe. Hat eine versicherte Person für zwei oder mehr Kalenderjahre, in denen die Versicherung 24 oder mehr Monate bestand und diese nicht in Anwartschaft geführt wurde, keine Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so steigt im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget auf 150 % der versicherten Tarifstufe. Eine weitere Erhöhung findet nicht statt.

Beispiele:

Tarifstufe	Jährliches Budget nach einem leistungsfreien Kalenderjahr*	Jährliches Budget nach zwei leistungsfreien Kalenderjahren*
300 EUR	375 EUR (= 1,25 x 300 EUR)	450 EUR (= 1,50 x 300 EUR)
600 EUR	750 EUR (= 1,25 x 600 EUR)	900 EUR (= 1,50 x 600 EUR)

*Sofern die Versicherung im gesamten Zeitraum bestand und nicht in Anwartschaft geführt wurde.

Werden nach einem oder mehreren leistungsfreien Kalenderjahren wieder Leistungen gemäß Abschnitt B. 2. in Anspruch genommen, so entspricht im darauffolgenden Kalenderjahr das jährliche Budget wieder der ursprünglichen Höhe der versicherten Tarifstufe.

Ob die Erhöhung des jährlichen Budgets bei Leistungsfreiheit für eine versicherte Person vereinbart ist, kann dem Versicherungsausweis bzw. dem Versicherungsschein entnommen werden.

2. Versicherte Leistungen

Der Tarif BKBT ist ein Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankheitskostenvollversicherung. Für sämtliche unter den Punkten B. 2.1. bis B. 2.12. aufgeführten erstattungsfähigen Leistungen gilt folgende Regelung: Wird eine Vorleistung durch andere Kostenträger (zum Beispiel GKV, private Krankenzusatzversicherung oder private Krankheitskostenvollversicherung) in Anspruch genommen, sind nur die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen erstattungsfähig. Die Vorleistung ist in diesem Fall nachzuweisen. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen anderer Kostenträger darf die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht überschreiten.

2.1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen nach den Punkten B. 2.1.1. und B. 2.1.2. sowie die dafür erforderlichen zahnärztlichen Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

2.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).

2.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Nicht versichert ist die gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

2.2. Zahnbehandlung und -prophylaxe

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unter den Punkten B. 2.2.1. bis B. 2.2.5. angegebenen ambulanten Zahnbehandlungen einschließlich der dazuzählenden Prophylaxe, soweit die Gebühren im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

2.2.1. Professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnaufhellung (Bleaching),
- Zahnsteinentfernung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Die Erstattung von Leistungen für professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung ist für jedes Kalenderjahr auf die nachfolgenden, in Abhängigkeit der versicherten Tarifstufe geltenden Erstattungshöchstsätze **begrenzt und wird auf das jährliche Budget angerechnet**:

Tarifstufen	300 EUR bis unter 600 EUR	600 EUR bis unter 900 EUR	Ab 900 EUR
Maximale Erstattung für professionelle Zahnreinigung und Zahnaufhellung im Kalenderjahr	200 EUR	250 EUR	300 EUR

Im Falle einer Erhöhung des jährlichen Budgets nach Punkt B. 1.2. bleiben diese Erstattungshöchstsätze unverändert.

2.2.2. Besondere Füllungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Inlays (Einlagefüllungen) zählen nicht zu den besonderen Füllungen, sondern gelten als Zahnersatz nach Punkt B. 2.1.

2.2.3. Wurzelbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

2.2.4. Fissurenversiegelung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Fissurenversiegelungen.

2.2.5. Parodontosebehandlung

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),
- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnbehandlungen und -prophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen gemäß Punkt B. 2.2. zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

2.3. Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, die in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit medizinisch notwendig werden, sofern

- die Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird und
- die für die Behandlung geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, vgl. § 1 (1) AVB/KS.

Schwerwiegende Erkrankungen sind angeborene Missbildungen des Gesichts oder Kiefers, skelettale Dysgnathie oder bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor).

2.4. Erweiterte Maßnahmen zur Angstlinderung und Schmerzausschaltung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die nachfolgenden Maßnahmen zur Angstlinderung und Schmerzausschaltung, sofern diese anlässlich einer in den Punkten B. 2.1. bis B. 2.3. genannten Behandlung erbracht werden:

- Akupunktur,
- Voll- oder Kombinationsnarkose bei Implantatbehandlungen,
- Lachgas- und Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf).

2.5. Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind insoweit erstattungsfähig, als sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt und anlässlich der Erbringung einer erstattungsfähigen Leistung nach den Punkten B. 2.1 bis B. 2.3 angefallen sind. Es gelten die im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers aufgeführten Höchstbeträge. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Person anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2.6. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen, refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit (z. B. LASEK- und LASIK-Operationen), Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösungen gehören nicht zu den refraktiven Eingriffen.

Die Erstattung für Sehhilfen ist für jedes Kalenderjahr auf die nachfolgenden, in Abhängigkeit von der versicherten Tarifstufe geltenden Erstattungshöchstsätze **begrenzt und wird auf das jährliche Budget angerechnet**:

Tarifstufen	300 EUR bis unter 600 EUR	600 EUR bis unter 900 EUR	900 EUR bis unter 1.200 EUR	1.200 EUR bis unter 1.500 EUR	Ab 1.500 EUR
Maximale Erstattung im Kalenderjahr	250 EUR	300 EUR	350 EUR	400 EUR	450 EUR

Im Falle einer Erhöhung des jährlichen Budgets nach Punkt B. 1.2. bleiben diese Erstattungshöchstsätze unverändert.

2.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für naturheilkundliche Heilbehandlungen.

Als naturheilkundliche Heilbehandlungen im Sinne dieses Tarifs gelten die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker oder Ärzte angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Psychotherapeutische Leistungen gehören nicht zu den naturheilkundlichen Heilbehandlungen im Sinne dieses Tarifs, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, sind ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattungsfähig; die unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

§ 4 (6) AVB/KS findet auf die Leistungen nach Punkt B. 2.7. keine Anwendung.

2.8. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern. Die Erstattung von Aufwendungen für Sehhilfen ist unter dem Punkt B. 2.6. gesondert geregelt.

Als Hilfsmittel gelten beispielsweise Hör- und Sprechhilfen, Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte, Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle; Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht versicherte Leistungen im Bereich der Hilfsmittel:

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden); Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

2.9. Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Zu den Heilmitteln zählen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (z. B. Licht- und Wärmebehandlungen, medizinische Bäder und Massagen), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der podologischen Therapie, der Ergotherapie sowie der Ernährungstherapie, soweit diese in den Bundesbeihilfavorschriften als beihilfefähig eingestuft sind (siehe auch § 4 (3) AVB/KS).

Des Weiteren sind Kosten für ärztlich verordnetes Kinesiotaping bis zu maximal 250 EUR im Kalenderjahr erstattungsfähig, soweit diese Anwendung von Ärzten oder Physiotherapeuten durchgeführt wird.

Darüber hinaus sind Heilmittel erstattungsfähig, sofern diese anlässlich einer nach Punkt B. 2.7. erstattungsfähigen naturheilkundlichen Heilbehandlung durch den behandelnden Heilpraktiker verordnet werden.

2.10. Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel und ärztlich verordnete Verbandmittel. Darunter fallen insbesondere gesetzliche Eigenanteile nach Vorleistung der GKV.

Darüber hinaus sind Arznei- und Verbandmittel erstattungsfähig, sofern diese anlässlich einer nach Punkt B. 2.7. erstattungsfähigen naturheilkundlichen Heilbehandlung durch den behandelnden Heilpraktiker verordnet werden.

2.11. Schutzimpfungen vor Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

2.12. Vorsorgeuntersuchungen

Im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Schwangerschaftsvorsorge, die durch Ärzte erbracht werden, erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

2.13. Tagegeld bei Krankenhausaufhalten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Für jeweils **maximal 28 Tage im Jahr** wird für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts (ohne Kostennachweis) sowie für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsmaßnahme ein Tagegeld in Höhe von

15 EUR

gezahlt.

Keine Leistung erfolgt bei teilstationärer bzw. vor- / nachstationärer Behandlung, bei stationärer Behandlung in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen sowie stationären Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychotherapeutischer Indikationen.

3. Gesundheitsassistenzleistungen

Versicherte Personen und deren Familienangehörige können unabhängig von dem versicherten Budget folgende Assistenzleistungen bis zu zwei Mal je Kalenderjahr in Anspruch nehmen, sofern diese durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG erbracht oder vermittelt werden:

- HanseMerkur Online-Arzt für ärztliche Videosprechstunden inkl. Verordnungen, Überweisungen und Terminvereinbarungen bei Weiterbehandlungen,
- Online-Hautarzt für teledermatologische Behandlungen.

C. Wartezeiterlass

Die Wartezeiten werden gemäß Nr. 5. der BB BKV erlassen. Insofern findet § 3 AVB/KS keine Anwendung.

D. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

E. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

F. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Bei Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags erhält die versicherte Person das Recht, die Versicherung im Rahmen der Einzelversicherung fortzuführen (vgl. Nr. 6. und Nr. 7. der BB BKV). Vergünstigungen oder Rabatte aus dem Gruppenversicherung entfallen zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag in der Einzelversicherung fortgeführt wurde. Es sind dann die Beiträge der Einzelversicherung zu entrichten.

Tarif BKH

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattet werden **80 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit diese nicht von einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen, ggf. nach Abzug einer Vorleistung, für die eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** begrenzt. Ab dem 3. Versicherungsjahr gilt hierfür der tarifliche Höchstbetrag von **500 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker oder Ärzte angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel. Psychotherapeutische Leistungen gehören nicht zu naturheilkundlichen Behandlungsmethoden, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in den Tarifbedingungen unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

§ 4 (6) AVB/KS findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKH können Personen im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. mitversicherte Familienangehörige. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis für sich und ggf. mitversicherte Familienmitglieder im eigenen Namen oder unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers nach Tarif BKH ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis stattdessen beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

Der Tarif BKH kann nur in Verbindung mit mindestens einem weiteren Tarif der betrieblichen Krankenversicherung der HanseMerkur Krankenversicherung AG als Ergänzung abgeschlossen werden. Wird kein anderer Tarif der betrieblichen Krankenversicherung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG mehr unterhalten, so endet auch die Versicherung nach Tarif BKH.

C. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKS

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Sehhilfen

Erstattet werden **100 %**

der Kosten für Sehhilfen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Die Erstattung ist auf **200 EUR** innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKS können Personen im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. mitversicherte Familienangehörige. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis für sich und ggf. mitversicherte Familienmitglieder im eigenen Namen oder unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers nach Tarif BKS ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis stattdessen beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

Der Tarif BKS kann nur in Verbindung mit mindestens einem weiteren Tarif der betrieblichen Krankenversicherung der HanseMerkur Krankenversicherung AG als Ergänzung abgeschlossen werden. Wird kein anderer Tarif der betrieblichen Krankenversicherung bei der HanseMerkur Krankenversicherung AG mehr unterhalten, so endet auch die Versicherung nach Tarif BKS.

C. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKV

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Vorsorgeleistungen

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für im Folgenden aufgeführte ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

- a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.
- b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.
- c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT);
Urin-Teststreifen.
- d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT);
Urin-Teststreifen.
- e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.
- f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die gesetzliche Krankenversicherung den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer mit Zustimmung der Treuhänder Einzelleistungen verändern, um für die Versicherten weiterhin einen sachgerechten Ergänzungsschutz sicherzustellen.

2. Auslandsreisen

100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen werden erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen werden zu

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen; ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen; ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück; Operationen.

Erfordert eine Erkrankung, für die Versicherungsschutz besteht, während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten für die Heilbehandlung werden jedoch nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch jeweils bis zur Dauer von vier Wochen über das Ablaufdatum des Versicherungsschutzes hinaus (vorübergehende Reisen bis zu 6 Wochen Dauer), übernommen.

Erstattet werden ferner

100 %

- der Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen). Kein Leistungsanspruch besteht für Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung;
- der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport;
- der Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Für eine versicherte Person, die EU-Ausländer ist (die also weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat), besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit oder eines (weiteren) ständigen Wohnsitzes kein Versicherungsschutz im Sinne von Punkt 2. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Punkt 2., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Punkt 2. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gemäß § 3 AVB/KS.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKV können Personen im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. mitversicherte Familienangehörige. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis für sich und ggf. mitversicherte Familienmitglieder im eigenen Namen oder unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers nach Tarif BKV ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis stattdessen beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

C. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKVP

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für im Folgenden aufgeführte ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

- a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
 - Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
 - Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.
- b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.
- c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.
- f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer mit Zustimmung der Treuhänder Einzelleistungen verändern, um für die Versicherten weiterhin einen sachgerechten Ergänzungsschutz sicherzustellen.

2. Sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der GOÄ für sonstige, nicht unter Punkt A. 1. aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die durch Ärzte erbracht werden (z. B. sportmedizinische Untersuchungen, Hörtests), soweit sie nicht von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so ist diese nachzuweisen. Erstattet werden nach einer Vorleistung

75 %

der nach Abzug der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so reduziert sich der Erstattungssatz auf

50 %

der Aufwendungen.

Die Erstattungen sind insgesamt auf **200 EUR** innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden GOÄ erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Gendiagnostische Untersuchungen sind von der Erstattung ausgenommen. Aufwendungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Aufwendungen, die durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ für seine Tätigkeit in Rechnung gestellt wurden, werden nicht erstattet.

3. Präventionskurse zur Primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 Abs. 1 SGB V entsprechen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen. Für Versicherte der GKV ist die Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV nachzuweisen; die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um ggf. vorhandene Vorleistungen reduziert.

Die Erstattung ist auf maximal **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS) begrenzt.

4. Maßnahmen zur Stressbewältigung

Für versicherte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr werden die folgenden Leistungen zur Verfügung gestellt:

4.1. Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für die Teilnahme an einem Seminar im Rahmen eines vom Versicherer vorgegebenen individuellen Programms (z. B. per Telefon oder Online) bei einem vorgegebenen Gesundheitsdienstleister zur Aufklärung über Stress-Symptome und -Ursachen und zum Erlernen von Stressmanagement-Strategien. Dazu zählen Verfahren, um Stress vorzubeugen, bestehenden Stress abzubauen und Stressresistenz zu trainieren. Kosten für ein erneutes Seminar werden nur dann erstattet, wenn seit dem Abschluss einer derartigen Maßnahme mindestens 24 Monate vergangen sind.

4.2. Der Versicherer stellt eine kostenfreie Telefonhotline zur Beantwortung stressrelevanter medizinischer Fragen zur Verfügung.

4.3. Der Versicherer stellt einen kostenfreien telefonischen Facharzttermintservice zur kurzfristigen Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten im Falle stressrelevanter Beschwerden zur Verfügung.

Die Leistungsabteilung des Versicherers benennt auf Nachfrage gerne die benötigten Kontaktdaten.

5. Auslandsreisen

100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen werden erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen werden zu

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen; ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen; ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück; Operationen.

Erfordert eine Erkrankung, für die Versicherungsschutz besteht, während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten für die Heilbehandlung werden jedoch nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch jeweils bis zur Dauer von vier Wochen über das Ablaufdatum des Versicherungsschutzes hinaus (vorübergehende Reisen bis zu 6 Wochen Dauer), übernommen.

Erstattet werden ferner

100 %

- der Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen). Kein Leistungsanspruch besteht für Zahnersatz, Stifftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung;
- der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport;
- der Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Für eine versicherte Person, die EU-Ausländer ist (die also weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat), besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit oder eines (weiteren) ständigen Wohnsitzes kein Versicherungsschutz im Sinne von Punkt 2. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Punkt 2., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKVP können Personen im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. mitversicherte Familienangehörige. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis für sich und ggf. mitversicherte Familienmitglieder im eigenen Namen oder unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers nach Tarif BKVP ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis stattdessen beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

C. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKZP

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZP können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKZP für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. angegebenen Aufwendungen für Zahnprophylaxe.

Soweit Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) bestehen, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. der PKV einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Zusammen mit den Vorleistungen werden im Versicherungsfall **100 %**, maximal allerdings **60 EUR** pro Rechnung und **120 EUR** pro Kalenderjahr der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Sofern die Zahnprophylaxe im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird, fällt sie ebenfalls unter den Versicherungsschutz.

1. Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Zahnsteinentfernung,
- Speichelttest zur Keimbestimmung,
- Professionelle Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kontrolle des Übungserfolgs.

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Zahnprophylaxe, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

C. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

D. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKZB

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZB können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKZB für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Versicherungsleistungen

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen für ambulante Zahnbehandlungen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit die Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Erstattungsfähig im Rahmen der versicherten Leistungen sind weiterhin Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers^{*)} aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Person anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

^{*)} Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) verbleibenden Aufwendungen werden zu 100 % erstattet. Die Vorleistung ist nachzuweisen. Selbstbehalte, die von der GKV gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. von der PKV einbehalten wurden, zählen zu der anrechenbaren Vorleistung. Sehen die GKV und die PKV im Versicherungsfall keine Leistungen vor, so reduziert sich der Erstattungsanspruch auf die in Punkt B. 2. genannte Wurzelbehandlung.

1. Besondere Füllungen 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Füllungen (Komposit- / Kunststofffüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsive Füllungen). Amalgamfüllungen und Inlays fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

2. Wurzelbehandlung 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer Wurzelbehandlung (Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion).

3. Fissurenversiegelung 100 %

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen einer Fissurenversiegelung.

4. Parodontosebehandlung 100 %

Die folgenden zahnmedizinischen Parodontosemaßnahmen sind erstattungsfähig:

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025),
- Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium (GOZ 4030),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010),

- Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030),
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaugbiet (GOZ 4110),
- Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens (GOZ 4120),
- Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung (GOZ 4138),
- Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung (GOZ 0050),
- Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4133),
- Zuschläge bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (GOZ 0510 und/oder GOZ 0520) sowie Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops (GOZ 0110),
- Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle (GOZ 4130),
- Intraorale Infiltrationsanästhesie (GOZ 0090).

Ändert die GKV den Leistungsumfang für die im Versicherungsschutz erfassten Zahnbehandlungen, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Person anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt B. aufgeführten Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

D. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

E. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKZ

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZ können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKZ für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Erstattungshöhe und Tarifbezeichnung

Für die versicherten Leistungen wird eine prozentuale Kostenerstattung vereinbart. Die Beiträge errechnen sich entsprechend dem als Kostenerstattung vereinbarten Prozentsatz. Dieser Prozentsatz wird zusätzlich zur Tarifbezeichnung angegeben. Die Bezeichnung BKZ/30 bedeutet z. B., dass die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 30 % ersetzt werden.

Die Erstattungen nach den Punkten C. 1.1.1. bis C. 1.1.3. und C. 2. sind in den ersten vier Versicherungsjahren (siehe § 8 (1) AVB/KS) durch Höchstbeträge begrenzt. Diese Höchstbeträge sind von dem jeweils vereinbarten Prozentsatz abhängig.

Tarifstufe	Höchstbetrag				
	im 1. Versicherungsjahr insgesamt	im 1. bis 2. Versicherungsjahr insgesamt	im 1. bis 3. Versicherungsjahr insgesamt	im 1. bis 4. Versicherungsjahr insgesamt	ab dem 5. Versicherungsjahr
BKZ/10	60 EUR	120 EUR	180 EUR	240 EUR	unbegrenzt
BKZ/20	120 EUR	240 EUR	360 EUR	480 EUR	
BKZ/30	180 EUR	360 EUR	540 EUR	720 EUR	
BKZ/40	240 EUR	480 EUR	720 EUR	960 EUR	
BKZ/50	300 EUR	600 EUR	900 EUR	1.200 EUR	
BKZ/60	360 EUR	720 EUR	1.080 EUR	1.440 EUR	
BKZ/70	420 EUR	840 EUR	1.260 EUR	1.680 EUR	
BKZ/80	480 EUR	960 EUR	1.440 EUR	1.920 EUR	
BKZ/90	540 EUR	1.080 EUR	1.620 EUR	2.160 EUR	

Ist der Zahnersatz oder die kieferorthopädische Behandlung wegen eines Unfalls (siehe § 1 (1) AVB/KS) erforderlich, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

Soweit Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung bestehen, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Für gesetzlich versicherte Personen gilt:

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie die Höhe der Vorleistung durch die GKV nachgewiesen werden. Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen im Rahmen einer Zahnzusatzversicherung, so müssen der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV und anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. 1.1.1. bzw. C. 2.2.1.

keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt C. 1.1.3. eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

Für privat vollversicherte Personen gilt:

Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen, so müssen der HanseMercur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. keine Vorleistung einer privaten Krankenversicherung nachgewiesen, so wird eine fiktive Vorleistung der privaten Krankenversicherung in Höhe von 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

C. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattet werden:

1. Zahnersatz

1.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Nicht versichert ist die gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

1.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).

1.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

1.1.3. Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungervertragsgesetz.

1.1.4. Erstattungsfähig ist ferner eine Voll- oder Kombinationsnarkose bei Implantatbehandlungen sowie die Behandlung durch Akupunktur zur Schmerzprophylaxe (GOÄ 269 oder GOÄ 269a) bei Zahnersatz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

2. Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie, die in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit medizinisch notwendig werden und

- hierfür ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder einer privaten Krankenversicherung besteht und
- die Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird.

Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

2.2. Definitionen

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, vgl. § 1 (1) AVB/KS.

Schwerwiegende Erkrankungen sind angeborene Missbildungen des Gesichts oder Kiefers, skelettale Dysgnathie oder bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor).

D. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt C. aufgeführten Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

E. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

F. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKZT

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKZT können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKZT für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Erstattungshöhe und Tarifbezeichnung

Für die versicherten Leistungen wird eine prozentuale Kostenerstattung vereinbart. Die Beiträge errechnen sich entsprechend dem als Kostenerstattung vereinbarten Prozentsatz. Dieser Prozentsatz wird zusätzlich zur Tarifbezeichnung angegeben. Die Bezeichnung BKZT/30 bedeutet z. B., dass die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 30 % ersetzt werden.

Soweit Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung bestehen, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Für gesetzlich versicherte Personen gilt:

Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so muss der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie die Höhe der Vorleistung durch die GKV nachgewiesen werden. Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen im Rahmen einer Zahnzusatzversicherung, so müssen der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz bzw. Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen der GKV und anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. 1.1.1. bzw. C. 2.2.1. keine Vorleistung der GKV nachgewiesen, so wird für diese Leistungen einschließlich der zugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien gemäß Punkt C. 1.1.3. eine fiktive Vorleistung der GKV in Höhe von 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

Für privat vollversicherte Personen gilt:

Besteht ein Leistungsanspruch gegen eine oder mehrere andere private Krankenversicherungen, so müssen der HanseMerkur Krankenversicherung AG zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie zusammen mit der Rechnung die Erstattungsbelege sämtlicher privater Krankenversicherungen vorgelegt werden.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistungen anderer privater Krankenversicherungen darf 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt C. nicht überschreiten. Selbstbehalte, die von einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen. Wird für Behandlungen nach Punkt C. keine Vorleistung einer privaten Krankenversicherung nachgewiesen, so wird eine fiktive Vorleistung der privaten Krankenversicherung in Höhe von 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen unterstellt.

C. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattet werden:

1. Zahnersatz

1.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz einschließlich Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten in besonderen Fällen auch die Rechnungsbeträge einer nach § 2 GOÄ/GOZ vereinbarten Honorarforderung, deren Berechnung oberhalb der jeweiligen Höchstsätze der GOÄ oder GOZ erfolgt ist, sofern vor Beginn der Heilbehandlung ein entsprechend begründeter Heil- und Kostenplan eingereicht wurde und der Versicherer die Erstattung der Behandlungskosten zugesagt hat. Der Versicherer wird die Kostenzusage erteilen, wenn die Gebührenüberschreitung durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse (z. B. bei Behandlungen nach Ausräumen eines Tumors im Mundraum, nach Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte oder einer kompletten Neuversorgung beider Kiefer bei schwieriger Ausgangsbisslage) begründet ist und die Aufwendungen nicht in einem auffälligen Missverhältnis zu den zu erbringenden Leistungen stehen.

Nicht versichert ist die gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthalts.

- 1.1.1. Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes).
- 1.1.2. Als Zahnersatz gelten außerdem implantologische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- 1.1.3. Erstattungsfähig sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.
- 1.1.4. Erstattungsfähig ist ferner eine Voll- oder Kombinationsnarkose bei Implantatbehandlungen sowie die Behandlung durch Akupunktur zur Schmerzprophylaxe (GOÄ 269 oder GOÄ 269a) bei Zahnersatz.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

2. Kieferorthopädie in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie, die in Folge eines Unfalls oder einer schwerwiegenden Krankheit medizinisch notwendig werden und

- hierfür ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder einer privaten Krankenversicherung besteht und
- die Behandlung in eine der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eingestuft wird.

Als **erstattungsfähige Aufwendungen** gelten die Rechnungsbeträge, soweit die hiermit geltend gemachten Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden GOZ bzw. GOÄ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

2.2. Definitionen

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, vgl. § 1 (1) AVB/KS.

Schwerwiegende Erkrankungen sind angeborene Missbildungen des Gesichts oder Kiefers, skelettale Dysgnathie oder bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor).

D. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt C. aufgeführten Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

E. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

F. Beiträge

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

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKU

Krankheitskostentarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattung der Wahlleistungen (§ 16 BPfIV bzw. § 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung wegen Unfallfolgen (zum Unfallbegriff vgl. § 1 (1) AVB/KS)

1. Erstattungsfähige Kosten

- 1.1. Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPfIV oder KHEntgG angefallen wäre.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

Für Wahlleistungen bei einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist, besteht keine Leistungspflicht.

- 1.2. Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Der Versicherer kann auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn neue, gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Erweiterung muss zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen, und ein unabhängiger Treuhänder muss die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2. Krankenhaustagegeld

Bei einem Verzicht auf Inanspruchnahme von Wahlleistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von besserer Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Inanspruchnahme von privatärztlicher stationärer Behandlung 20 EUR.

3. Rücktransport und Überführung

Bei maximal 6-wöchigen Auslandsreisen werden, unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls, folgende Leistungen erstattet:

- 3.1. die über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport nach Deutschland. Die Aufwendungen für den Rücktransport werden nicht erstattet, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist;

3.2. im Falle des Todes einer versicherten Person deren Überführungskosten nach Deutschland;

3.3. im Falle des Todes einer versicherten Person deren Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Die planmäßige Dauer der Auslandsreise ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt eine Erstattung nur dann, wenn ein Unfall vorliegt. Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz nach Punkt A. 3.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKU können Personen im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden, mit Ausnahme von Personen, welche als Berufssportler (Sportprofis) tätig sind oder welche bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal).

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. mitversicherte Familienangehörige. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis für sich und ggf. mitversicherte Familienmitglieder im eigenen Namen oder unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers nach Tarif BKU ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis stattdessen beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

Der Tarif BKU kann nur in Verbindung mit mindestens einem weiteren Tarif der betrieblichen Krankenversicherung der HanseMercur Krankenversicherung AG als Ergänzung abgeschlossen werden. Wird kein anderer Tarif der betrieblichen Krankenversicherung bei der HanseMercur Krankenversicherung AG mehr unterhalten, so endet auch die Versicherung nach Tarif BKU.

C. Beiträge

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

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BWL

Krankheitskostentarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BWL können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Ehegatten, Lebenspartner gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz, in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährten und Kinder der versicherten Personen sind abweichend von Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) nicht versicherungsfähig.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BWL unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Versicherungsleistungen

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Erstattungsfähige Kosten:

- a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch einen Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese erstattet.

Grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) mit Ausnahme des in Punkt B. 1. c) geregelten Falles und Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach dem KHEntgG oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden Aufwendungen für Unterbringungszuschläge bis zu der Höhe erstattet, die in dem nächsten, geeigneten Krankenhaus am Wohnsitz des Versicherten gemäß KHEntgG oder BpflV angefallen wären.

Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht versichert, die in § 5 (1) d AVB/KS vorgesehenen Kostenzuschüsse werden nicht gezahlt.

- b) Erstattungsfähig sind die Kosten für eine gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt bei ambulanten, stationärsersetzenden Operationen gemäß dem „Indikationskatalog für ambulante Operationen“ des Versicherers.
- c) Erstattet werden zusätzlich die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß KHEntgG abrechnet. Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf die nach § 4 (5) AVB/KS geforderte vorherige schriftliche Leistungszusage.
- d) Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 (2) Nr. 3 KHEntgG bzw. § 2 (2) Nr. 3 BpflV. Diese Leistung wird erbracht, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Beginns der stationären Behandlung das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- e) Erstattungsfähig ist der nach Vorleistung durch andere Kostenträger verbleibende Eigenanteil eines stationären Krankentransports zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bzw. für gesetzlich Versicherte zum oder vom in der Einweisung genannten Krankenhaus. Selbstbehalte, die von der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.
- f) Die Kosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wurde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überfüh-

rungskosten nach Deutschland oder die Bestattungskosten im Ausland bis zu einer Höhe von maximal **5.000 EUR** erstattet. Dieser Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von sechs Monaten. Die geplante Reisedauer ist von der versicherten Person auf Verlangen nachzuweisen.

2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 35 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 30 EUR.

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die in Punkt B. aufgeführten Leistungen auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes, vgl. § 2 (1) Satz 1 AVB/KS.

D. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

E. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags für die Alter ab 70 Jahre nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Für die Alter 15 bis 69 Jahre wird der Beitrag nach dem durchschnittlichen Eintrittsalter des zu versichernden betrieblichen Kollektivs festgesetzt.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarif BKT

Krankentagegeldtarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/TS).

A. Leistungen des Versicherers

Vollständige Arbeitsunfähigkeit

Bei vorübergehender völliger Arbeitsunfähigkeit zahlt der Versicherer ein Krankentagegeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit in vereinbarter Höhe. Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

Bei Leistungen während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gemäß § 1a AVB/TS gilt diese Karenzzeit entsprechend ab Beginn der Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

Anstatt einer Bemessung des vereinbarten Krankentagegeldes an den individuellen Einkünften der versicherten Person kann der Versicherungsnehmer eine pauschale Einstufung für jede versicherte Person auf der Grundlage des durchschnittlichen Einkommens dieser Gruppe von Versicherten vereinbaren. In diesem Fall finden im Leistungsfall weder eine eventuelle Herabsetzung des vereinbarten individuellen Krankentagegeldes gemäß § 4 Abs. 5 AVB/TS noch eine eventuelle Reduzierung der Leistungen aufgrund der Einkünfte gemäß § 4 Abs. 2 AVB/TS statt.

Abweichend von § 9 Abs. 1 Satz 3 AVB/TS ist die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer auf Verlangen alle 14 Tage nachzuweisen.

Teilarbeitsunfähigkeit

In Erweiterung von § 1 Abs. 3 AVB/TS leistet der Versicherer auch bei Teilarbeitsunfähigkeit. Teilarbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 Abs. 3 AVB/TS von mindestens zwölfwöchiger Dauer die berufliche Tätigkeit stufenweise wieder aufgenommen wird und der Versicherte keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Bei Teilarbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Regelung wird das versicherte Krankentagegeld für maximal vier Wochen gezahlt. Bei Arbeitnehmern darf das Krankentagegeld bei Teilarbeitsunfähigkeit zusammen mit etwaigen Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Es besteht Anspruch auf Krankentagegeld für eine Arbeitsunfähigkeit bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger im Anschluss an eine seit mindestens 6 Wochen bestehende Arbeitsunfähigkeit. Auf eine vorherige schriftliche Leistungs zugesage gemäß § 5 Abs. 1 e) AVB/TS wird verzichtet.

Leistungsausschluss

Es besteht ein Leistungsausschluss für Erkrankungen und Unfallfolgen, wegen derer die versicherte Person in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde.

Besteht hinsichtlich dieser Erkrankungen oder Unfallfolgen bei Vertragsschluss aktuell kein Versicherungsfall (vgl. § 1 Abs. 2 AVB/TS) und tritt auch kein weiterer Versicherungsfall innerhalb von 24 Monaten seit Beginn des Versicherungsschutzes ein, der mit den vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht, entfällt dieser Leistungsausschluss.

Höhe des Krankentagegeldes

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (BKT/5 bedeutet z. B., dass ein Krankentagegeld von 5 EUR täglich versichert ist). Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt pro Kalendertag.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKT können Personen, die als Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis mit 6-wöchiger Lohnfortzahlung stehen, im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. die gemäß Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) mitversicherten Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKT für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten als Einzelversicherung fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die maximale Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes wird zu diesem Zeitpunkt anhand der tatsächlichen Einkünfte (vgl. § 4 Abs. 2 AVB/TS) neu festgelegt.

Die Erklärung, dass das Versicherungsverhältnis fortgesetzt wird, ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

Tarif BKPG

Pflegemonatsgeldtarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) mit Tarifbedingungen 2017 (TB/EPV 2017).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

1. Pflegemonatsgeld und Vermittlung von Assistance-Leistungen

Bei nachgewiesener **Pflegebedürftigkeit** gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017 mit **mindestens Pflegegrad 2**, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, wird ein **Pflegemonatsgeld** in Höhe von **1.000 EUR** gezahlt.

Bei erstmaligem Eintreten eines Versicherungsfalls, durch den ein Leistungsanspruch aus dem Tarif BKPG begründet wird, kann auf Antrag der versicherten Person eine **Soforthilfe in Höhe von 5.000 EUR** gezahlt werden. Der Antrag auf Soforthilfe muss innerhalb eines Monats nach Feststellung des Versicherungsfalls durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG zugegangen sein. Bei Inanspruchnahme der Soforthilfe reduziert sich das Pflegemonatsgeld für die gesamte Leistungsdauer auf **750 EUR**.

Das Pflegemonatsgeld wird für maximal 36 Monate gezahlt. Das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person endet mit Ablauf des Monats, in dem durch die jeweilige versicherte Person die maximale Leistungsdauer von 36 Monaten erreicht wird (siehe auch Punkt C.).

Besteht während des Vorliegens einer Pflegebedürftigkeit mit einem der Pflegegrade 2 bis 5 unvermittelt rascher Bedarf an einer dauerhaften vollstationären Unterbringung der versicherten Person in einem Pflegeheim, so übernimmt der Assistent des Versicherers auf Wunsch der versicherten Person die Vermittlung eines Platzes in einem zertifizierten Pflegeheim in Deutschland innerhalb von 24 Stunden (**Pflegeplatzgarantie**).

In den ersten sechs Monaten nach dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 kann eine telefonische Pflegeberatung und **Vermittlung von Assistance-Leistungen** in Anspruch genommen werden - wie z. B. Vermittlung eines qualifizierten Pflegedienstes innerhalb von 24 Stunden, Vermittlung von Hausnotrufsystemen oder von Pflegeschulungen für Angehörige, Benennung von Servicefirmen zur Wohnungsreinigung, Gartenpflege oder Schneeräumung bzw. eines Wäscheservices oder eines Menüservices. Ein Anspruch auf Kostenerstattung für die entsprechenden Assistance-Leistungen besteht nicht.

2. Leistungsausschlüsse und Wartezeit

Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017 erst nach Ablauf der Wartezeit (§ 3 MB/EPV) erfolgte. § 2 (1) Satz 3 MB/EPV 2017 findet insoweit keine Anwendung. Besteht zum Ablauf der Wartezeit eine Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017 gleich welchen Grades, muss diese erst komplett entfallen und das Entfallen durch entsprechende Aberkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung nachgewiesen sein, damit ein Leistungsanspruch entstehen kann.

Abweichend von § 3 (2) MB/EPV 2017 gilt: Die Wartezeit beträgt für eine versicherte Person sechs Monate, sofern das Versicherungsverhältnis der versicherten Person mit dem Inkrafttreten des Gruppenversicherungsvertrags begonnen hat und das Arbeitsverhältnis der versicherten Person beim Gruppenversicherungspartner zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags seit mehr als zwölf Monaten besteht; andernfalls beträgt die Wartezeit zwei Jahre. In diesem Fall kann auf Antrag der versicherten Person eine individuelle Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Die Wartezeit kann in Abhängigkeit vom Ergebnis der Prüfung von zwei Jahren auf sechs Monate verkürzt werden.

Abweichend von der Tarifbedingung zu § 3 (2) MB/EPV 2017 entfällt die Wartezeit bei Unfällen nur dann, wenn das Unfallereignis nach Beginn des Versicherungsverhältnisses der betroffenen versicherten Person eingetreten ist.

3. Allgemeine Bestimmungen

Eine Leistungspflicht besteht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht (z. B. bei Erhalt von Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit von einem anderen Kostenträger - wie der gesetzlichen Unfallversicherung - oder u. U. für die Dauer eines stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik oder ähnlichen Einrichtungen). § 5 (1) d) und f) MB/EPV 2017 finden keine Anwendung. Auf eine Anzeige gemäß § 9 (2) MB/EPV 2017 wird verzichtet.

Das Pflegemonatsgeld wird zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem die Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Abweichend von § 6 (1) MB/EPV 2017 und der Tarifbedingung zu § 9 (1) MB/EPV 2017 wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. vom Beginn des Ruhens des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Pflegeversicherung im Sinne von § 34 (1) Nr. 2 und (2) SGB XI (siehe Anhang zu den MB/EPV 2017) an erbracht, wenn dem Versicherer der Antrag auf Leistung innerhalb von sechs Monaten ab Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 bzw. des Ruhens durch die gesetzliche Pflegeversicherung zugeht. Nach Ablauf dieser Frist wird die Pflegemonatsgeldleistung vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. Die Leistungen werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 1, 1a MB/EPV 2017 mit mindestens Pflegegrad 2 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. des Ruhens in Textform nachgewiesen werden. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistung stehen ausschließlich den jeweiligen Versicherten zu.

Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Anspruchs auf Zahlung von Pflegemonatsgeld wird das Pflegemonatsgeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

Eintritt und Fortdauer eines Pflegegrades sind durch Vorlage der entsprechenden Anerkennungsunterlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung nachzuweisen. Tarifbedingung d zu § 4 MB/EPV 2017 findet keine Anwendung. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKPG können im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags (betriebliche Krankenversicherung) Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung sowie alle Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland versichert werden, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Andere als die in Satz 1 genannten Personen - wie z. B. Familienangehörige oder Mitarbeiter im Ruhestand - können in Tarif BKPG nicht versichert werden. Nr. 2. Absätze 1 bis 3 der Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung (BB BKV) findet keine Anwendung.

C. Ende der Versicherung und Fortführung als Einzelversicherung

Das Versicherungsverhältnis endet grundsätzlich zum Ablauf des Monats, in dem bei der versicherten Person eine oder mehrere Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit entfallen. Besteht zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit keine Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 1, 1a MB/EPV 2017 mit mindestens Pflegegrad 2, ist eine Fortführung des Tarifs im Rahmen einer Einzelversicherung nicht möglich. Nr. 6. Absatz 1 BB BKV findet keine Anwendung.

Bezieht die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungsfähigkeit Leistungen aus diesem Tarif und ist die maximale Leistungsdauer von 36 Monaten noch nicht ausgeschöpft, kann der Tarif bis zu deren Erreichung als Einzelversicherung fortgeführt werden. Mit der Umstellung entfallen die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages. Der entsprechende Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis zu stellen. Im Falle der Fortführung aufgrund bestehender Pflegebedürftigkeit endet das Versicherungsverhältnis zudem zum Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 entfällt.

Der Tarif endet spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person.

Das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis und das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Endet die gesetzliche Pflegeversicherung, so endet die Versicherung nach Tarif BKPG für die betreffende versicherte Person zum Ablauf des Monats, in dem die gesetzliche Pflegeversicherung weggefallen ist.

D. Sonstiges

Der Tarif BKPG sieht keine Bildung von Alterungsrückstellungen vor.

Eine Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz ist nicht möglich. § 1 (6) MB/EPV 2017 findet insoweit keine Anwendung.

§ 9 (6) MB/EPV 2017 findet keine Anwendung.

E. Beitragsanpassung

Der Versicherer vergleicht zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Bei einer Abweichung der Versicherungsleistungen um mehr als 5 % werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Satz 2 der Tarifbedingung zu § 8b (1) MB/EPV 2017 findet insoweit keine Anwendung.

Indikationskatalog für ambulante Operationen

Wird eine in diesem Verzeichnis aufgeführte operative Behandlung nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, wird neben der Kostenerstattung eine pauschale Aufwandsentschädigung gezahlt, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind.

Sind zur Behandlung einer der nachfolgenden Indikationen mehrere Eingriffe / Sitzungen notwendig oder werden bei einem Eingriff mehrere Indikationen behandelt, so wird die Pauschale nur einmal fällig.

Beschreibung der Indikationen (vorangestellt die GOÄ-Nr.)

Innere Medizin

- 681** Ösophagoskopie mit zus. operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) - ggf. einschl. Lavage
- 692** Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung
- 701** Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intra-abdominalem Eingriff - ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion

Geburtshilfe und Gynäkologie

- 1052** Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff

Augenheilkunde

- 1330** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel
- 1331** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330
- 1332** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel
- 1333** Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332
- 1346** Hornhauttransplantation
- 1350** Staroperation - ggf. mit Iridektomie - einschließlich Nahttechnik
- 1351** Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse
- 1352** Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbstständige Leistung
- 1353** Extraktion einer eingepflanzten Linse
- 1354** Extraktion der luxierten Linse
- 1357** Hintere Sklerotomie
- 1358** Zyklodialyse, Iridektomie
- 1359** Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation
- 1360** Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)

- 1361** Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom
- 1374** Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie
- 1375** Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - ggf. einschließlich Iridektomie - mit Implantation einer intraokularen Linse
- 1377** Entfernung einer Silikon- / Silastik- / Rutheniumplombe
- 1382** Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom
- 1383** Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbstständige Leistung
- 1384** Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbstständige Leistung

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

- 1446** Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste
- 1447** Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen
- 1448** Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung - ggf. einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 -, auch in mehreren Sitzungen
- 1471** Operative Eröffnung der Stirnhöhle - ggf. auch der Siebbeinzellen - vom Naseninnern aus
- 1472** Anbohrung der Stirnhöhle von außen
- 1493** Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)
- 1513** Keilexzision der Zunge
- 1519** Operative Entfernung von Speichelstein(en)
- 1534** Probeexzision aus dem Kehlkopf
- 1535** Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf
- 1586** Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen

- 1595** Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang
- 1611** Myringoplastik vom Gehörgang aus
- 1613** Tympanoplastik mit Interposition, als selbstständige Leistung
- 1614** Tympanoplastik - einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette
- 1628** Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel

Urologie

- 1764** Entfernen einer Hodenprothese
- 1765** Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite -, einseitig
- 1766** Hodenentfernung - ggf. einschließlich Nebenhodenentfernung(en) -, beidseitig
- 1767** Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial
- 1768** Operation eines Leistenhodens, einseitig
- 1769** Operation eines Leistenhodens, beidseitig
- 1787** Kombinierte Zystourethroskopie
- 1851** Perkutane Anlage einer Nierenfistel - ggf. einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband

Chirurgie, Orthopädie

Extremitätenchirurgie

- 2031** Eröffnung eines ossalen oder Sehnnenscheidenpanaritiums einschl. örtlicher Drainage
- 2041** Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik
- 2043** Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie
- 2044** Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie
- 2051** Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk
- 2052** Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk
- 2062** Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte
- 2064** Sehnen-, Faszi- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung
- 2067** Operation einer Hand- oder Fußmissbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)
- 2070** Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven
- 2076** Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbstständige Leistung
- 2081** Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation - ggf. mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils

- 2082** Operative Herstellung eines Sehnenbettes - einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand

2083 Freie Sehnentransplantation

- 2088** Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose
- 2089** Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern - ggf. einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken
- 2091** Sehnnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) - ggf. mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung
- 2092** Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers

Gelenkchirurgie

- 2100** Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks
- 2101** Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
- 2102** Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks
- 2105** Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks
- 2106** Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose
- 2112** Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk
- 2117** Meniskusoperation
- 2118** Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk
- 2119** Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk
- 2120** Denervation eines Finger- oder Zehengelenks
- 2122** Resektion eines Finger- oder Zehengelenks
- 2130** Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks
- 2134** Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks
- 2135** Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
- 2140** Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese
- 2141** Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese
- 2156** Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks
- 2157** Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel
- 2158** Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe
- 2170** Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils - einschließlich plastischer Deckung

2189 Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk - ggf. einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

2190 Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk

2191 Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht

2193 Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - ggf. einschließlich Abtragung von Osteophyten

2213 Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks

2216 Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks

Knochenchirurgie

2253 Knochenspanentnahme

2254 Implantation von Knochen

2260 Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese

2263 Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils - mit Knochen oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)

2268 Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat

2273 Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Anbringens eines Distraktors

2293 Operation einer Steißbeinfistel

2296 Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung

2297 Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie, einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296

Frakturbehandlung

2320 Einrichtung der gebrochenen Nase einschl. Nasentamponade - ggf. einschl. Wundverband

2327 Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens

2328 Einrichtung gebrochener Unterarmknochen

2330 Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens

2339 Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese

2350 Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch

2354 Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen

2356 Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner - auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan

Chirurgie der Körperoberfläche

2386 Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung

2392 Anlage eines Rundstiellappens

2392a Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe - einschließlich plastischer Deckung

2393 Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)

2394 Implantation eines Rundstiellappens - einschließlich Modellierung am Ort

2396 Implantation eines Hautexpanders

2417 Operative Entnahme der Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle

2419 Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik

2420 Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbstständige Leistung

2421 Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs

2442 Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung

Neurochirurgie

2570 Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks - ggf. einschließlich Implantation des Empfangsgerätes

2580 Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven

2583 Neurolyse, als selbstständige Leistung

2584 Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung

2586 End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung - einschließlich Wundversorgung

2587 Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven

2588 Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats

2589 Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2675 Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

2687 Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes

2694 Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur

2695 Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate

2699 Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer

2701 Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen

Gefäßchirurgie

2823 Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie

2883 Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste

2895 Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse

2896 Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat

2897 Beseitigung eines arteriovenösen Shunts

Herzchirurgie

3095 Schrittmacher-Erstimplantation

3096 Schrittmacher-Aggregatwechsel

Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120 Diagnostische Peritonealspülung, als selbstständige Leistung

3219 Operation eines Afferrisses oder Mastdarmisses

3220 Operation submuköser Mastdarmpfisteln

3224 Perianale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht

3237 Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbstständige Leistung

3241 Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan / Morgan) - auch mit Analplastik

Hernienchirurgie

3283 Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches

3284 Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienschiebeplastik - auch mit Darmresektion

3285 Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthält alle erstattungsfähigen Positionen sowie die dafür festgeschriebenen Höchstbeträge, die durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG **im tariflichen Rahmen** erstattet werden. Die Beträge beinhalten alle für die jeweilige Leistung anfallenden Kosten für Materialien. Die gesetzliche Mehrwertsteuer (MwSt.), die ebenfalls erstattungsfähig ist, ist in den Beträgen jedoch noch nicht enthalten.

Sofern durch aktuelle Rechtsprechung oder gesetzliche Änderungen Kosten als berechnungsfähig deklariert werden, die bisher nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der HanseMerkur geregelt sind, werden diese bis zur Aufnahme in das Verzeichnis maximal zum üblichen Durchschnittspreis anerkannt.

Leistungen für Zahnersatz	erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR	Leistungen für Kieferorthopädie	erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR
Inlay.....	308,41	Modell (1) zur Geräteherstellung (immer ohne GOZ 0060).....	8,41
Krone.....	411,21	Modellpaar (2) trimmen.....	8,41
Brückenglied.....	205,61	Modellpaar in Fixator.....	8,41
Teilprothese je Kiefer.....	514,02	Schaumodelle (nur in Verbindung mit GOZ 0060).....	46,72
Vollprothese je Kiefer.....	822,43	Aktive Platte.....	280,37
Tiefziehschiene.....	93,46	Aktivator mit Schraube.....	373,83
übrige Schienen jeweils.....	186,91	Bionator.....	373,83
Freilegen / Auswechseln Implantat.....	186,91	Vorschub-Doppelplatten nach Sander.....	607,48
Teleskopkrone.....	514,02	Positionier.....	654,20
Teleskopkrone inkl. Implantataufbau.....	934,58	FRÄNKEL-Apparatur.....	542,06
Implantatkrone inkl. Implantataufbau.....	841,12	Pendulum-Apparatur mit Schraube.....	280,37
Veneer.....	327,10	Platzhalterplatte.....	233,64
Onlay.....	373,83	Retentionsplatte.....	186,91
Langzeitkrone.....	154,20	Osamu-Retainer.....	140,19
Langzeitbrückenglied.....	154,20	Van der Linden-Retainer.....	140,19
provisorische Krone.....	102,80	Crozat-Gerät.....	373,83
provisorisches Brückenglied.....	102,80	Gaumennahterweiterungsapparatur (GNE, gelötet).....	327,10
Bohr-, Positions-, Röntgenschablone.....	121,49	Herbstscharnier, gelötet.....	560,75
Wiederherstellung Krone, Teilkrone usw.....	149,53	Nance-Apparatur.....	112,15
Verbindungselement.....	280,37	Quad-Helix.....	112,15
Verbindungselement wiederherstellen.....	149,53	Lip-Bumper.....	112,15
Wiederherstellung einer Brücke.....	149,53	Facialmaske (extraoral abgestützt nach DELAIRE).....	327,10
Prothese wiederherstellen / erweitern.....	149,53	Gaumennahterweiterungsapparatur (GNE, Modellguss).....	327,10
Prothese erweitern / unterfüttern.....	149,53	Herbstscharnier, Modellguss.....	260,75
Prothese umarbeiten zum Aufbissbehelf.....	214,95	Aligner / Ivisalign.....	*)
Wiederherstellen / Unterfüttern eines Aufbissbehelfes.....	149,53		
Implantat.....	467,29		
Abformmaterial.....	93,46	Leistungen für Zahnbehandlung	erstattungsfähiger Höchstbetrag (zuzügl. gesetzl. MwSt.) in EUR
Stiftaufbau.....	51,40	einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente	
Glasfaserstiftaufbau.....	70,09	pro Wurzelkanal.....	21,01
Knochenkollektor / -schaber.....	93,46	Perio-Chip.....	25,21
Bisschablone.....	9,35	Knochenersatzmaterial.....	*)
Artikulator.....	28,04		
Knochenersatzmaterial.....	*)		

sowie alle übrigen Materialien, die nach den Vorschriften der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) im Zusammenhang mit den tariflich definierten Leistungen für Zahnbehandlung anfallen können und gesondert berechnungsfähig sind (z. B. Anästhetikum).

*) Es werden die tatsächlich entstandenen Kosten anerkannt

Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen

Herausgeber des Hufeland-Leistungsverzeichnisses ist die Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V. In ihr sind u. a. folgende Gesellschaften zusammengeschlossen:

Ärztegesellschaft für Erfahrungsheilkunde; Ärztliche Aktionsgemeinschaft für Therapiefreiheit; Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte in Deutschland e. V.; Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V.; Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e. V.; Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte; Hartmannbund; Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren; Internationale Medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke; Internationale Medizinische Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll.

Für die Aufnahme in den Katalog waren folgende Kriterien entscheidend:

1. Die Besonderheit des Therapieverfahrens muss theoretisch erklärbar und praktisch bewährt sein.
2. Das Verfahren muss lehr- und lernbar sein.
3. Die eingesetzten Mittel und Wege müssen mit den theoretischen Denkansätzen ein plausibles Konzept ergeben.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien enthält das Verzeichnis folgende naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

- Akupunktur
- Anthroposophische Medizin
- Antihomotoxische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
 - Bioelektrische Funktionsdiagnostik und -therapie (BfD)
 - Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie (BIT)
 - Elektroakupunktur nach Voll (EAV)
- Eigenblutbehandlung
- Enzymtherapie
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik - Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
 - Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne
 - Ozon-Sauerstoff-Therapien
 - Ozon- / UV-Bestrahlung - spezielle Eigenblutbehandlungen
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie

Besondere Bedingungen für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung

1. Allgemeine Bestimmungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen.

2. Voraussetzungen für den Abschluss

- a) Es besteht ein Gruppenversicherungsvertrag im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung zwischen Arbeitgeber (Gruppenversicherungspartner) und der HanseMerkur Krankenversicherung AG.
- b) Der im Gruppenversicherungsvertrag festgelegte Versicherungsschutz beinhaltet wenigstens einen Tarif, der die Beitragsfreistellung vorsieht.

Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsfreistellung können ab Versicherungsbeginn je Tarif optional vereinbart werden und werden ab Versicherungsbeginn gültig. Die Tarife, für die die Besonderen Bedingungen vereinbart werden sollen, sind dem Versicherer gegenüber zu benennen.

Die Besonderen Bedingungen erstrecken sich in jedem Tarif auf das gesamte zu versichernde Kollektiv und können nicht auf Teile begrenzt werden.

3. Gegenstand der Versicherung

Wurden für einen Tarif die Besonderen Bedingungen für die Beitragsfreistellung vereinbart, erhält der Gruppenversicherungspartner die Möglichkeit, eine versicherte Person für die Dauer

- a) einer Pflegezeit im Sinne von § 3 (1) PflegeZG (Pflegezeitgesetz),
- b) einer Elternzeit gemäß §15 (1) BEEG (Bundeselternzeitgesetz),

- c) einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen,
- d) einer beruflichen Auszeit (Sabbatjahr)

von der Beitragszahlung freistellen zu lassen. Weitere Voraussetzung ist, dass die betreffende Person in dieser Zeit nicht erwerbstätig, gleichwohl aber weiter beim Gruppenversicherungspartner angestellt ist. Die Beitragsfreistellung beginnt zum 01. des Monats, der auf die Mitteilung der Beitragsfreistellung folgt. Der jeweilige Grund für die Beitragsfreistellung ist dem Versicherer gegenüber innerhalb zweier Monate nach der Mitteilung geeignet nachzuweisen.

Während der Dauer der Beitragsfreistellung besteht der Versicherungsschutz in den beitragsfreigestellten Tarifen unverändert fort.

Die Dauer der Beitragsfreistellung ist auf maximal 12 Monate begrenzt, auch wenn der Grund für die Beitragsfreistellung weiterhin gegeben ist.

Wurde für eine Person die Beitragsfreistellung in Anspruch genommen, so kann ein erneuter Anspruch hierauf frühestens 24 Monate nach Entfallen des Beitragsfreistellungsgrundes oder frühestens 24 Monate nach Ablauf der maximalen Beitragsfreistellungsdauer geltend gemacht werden.

4. Beiträge

Zusätzlich zu dem tariflichen Beitrag ist für die Besonderen Bedingungen für die Beitragsfreistellung ein prozentualer Zuschlag zu zahlen. Die Höhe des Zuschlags kann beim Versicherer erfragt werden. Wird der Tarif für die betreffende Person beitragsfrei gestellt, so entfallen für diese Tarifbeitrag und Zuschlag für die Dauer ihrer Beitragsfreistellung. Entfällt der nach 3 a) bis d) vorausgesetzte Grund oder wird die maximale Beitragsfreistellungsdauer überschritten, so sind ab diesem Zeitpunkt Beitrag und Zuschlag wieder zu entrichten.

Besondere Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung

1. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Arbeitgeber, mit dem die HanseMerkur Krankenversicherung AG einen Gruppenversicherungsvertrag zur betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen hat (Gruppenversicherungspartner).

2. Versicherte Personen

Versicherte Personen sind die Vorstandsmitglieder bzw. Mitglieder der Geschäftsleitung sowie die Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sowie in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährten der Versicherten können mitversichert werden, sofern der Gruppenversicherungsvertrag dies vorsieht. Gleiches gilt für die Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) versicherter Personen, jedoch nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Befinden sich diese in der Berufsausbildung, ist eine Mitversicherung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres möglich.

Im Ruhestand befindliche Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners und deren mitversicherbare Familienangehörige können im Gruppenvertrag versichert werden bzw. weiterhin dort versichert bleiben, sofern der Gruppenversicherungsvertrag dies vorsieht.

Versicherbar sind nur Personen, die in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder über substitutiven Versicherungsschutz einer deutschen privaten Krankenversicherung verfügen.

3. Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrags

Gegenstand des Gruppenversicherungsvertrags ist der mit dem Versicherungsnehmer vereinbarte bzw. im Gruppenversicherungsvertrag festgelegte Versicherungsschutz. Die Tarife sind nur gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Es gelten die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten tariflichen monatlichen Beitragsraten der Gruppenversicherung mit den dort festgelegten Nachlässen.

Für die Pflegepflichtversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung wird kein Nachlass im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages gewährt. Ebenso können für im Rahmen der Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf ersparte Abschlusskosten bereits begünstigte Tarife keine weiteren diesbezüglichen Nachlässe vereinbart werden.

4. Beitragszahlung

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die Beiträge monatlich im Voraus in einer Summe an den Versicherer zu überweisen und mit ihm abzurechnen.

5. Wartezeiterlass und Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Die Wartezeiten werden - mit Ausnahme der Pflegepflichtversicherung, der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung und der ergänzenden Pflegekrankenversicherung - erlassen. Der Versicherer verzichtet für die Dauer einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6. Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag

Das Ausscheiden einer versicherten Person oder mitversicherter Familienangehöriger aus dem versicherbaren Personenkreis gemäß Nummer 2. ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Mit dem Ausscheiden endet deren Versicherungsverhältnis zum Monatsende. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers im Rahmen der Einzelversicherung nach den bisherigen Tarifen fortzuführen. Ab diesem Zeitpunkt entfallen die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich.

Wird das Versicherungsverhältnis endgültig beendet, so besteht, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger gegeben ist, für laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort.

7. Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags und Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Im Falle der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags oder der Kündigung von Tarifen durch den Versicherungsnehmer endet das Versicherungsverhältnis für die versicherten Personen hinsichtlich der betroffenen Tarife. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, sofern eine solche gebildet wird, im Rahmen der Einzelversicherung nach den bisherigen Tarifen fortzuführen. Ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung entfallen die besonderen Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrags. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. der Kündigung abzugeben; nach dem Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich.

Wird das Versicherungsverhältnis endgültig beendet, so besteht, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger gegeben ist, für laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort.

Besondere Bedingungen für Auslandsaufenthalte

1. Allgemeine Bestimmungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden, und etwaige besondere Vereinbarungen.

2. Voraussetzungen für den Abschluss

- 2.1 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist möglich
 - a) für die Dauer eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland,
 - b) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat Europas einschließlich der außereuropäischen Teile der Türkei und Russlands.
- 2.2 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte kann bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Wochen Dauer nur bis zu deren Antritt, bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten von mehr als 12 Wochen Dauer und bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in das Ausland nur bis spätestens 2 Monate nach Beginn des Auslandsaufenthaltes beantragt werden. Die Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte gelten ab Beginn des Auslandsaufenthaltes. Lehnt der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder erfolgt die Beantragung der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte nicht fristgerecht, so ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- 2.3 Der Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte ist nicht möglich für Krankentagegeldtarife (Verdienstausfall), für die Pflegepflichtversicherung, die ergänzende Pflegekrankenversicherung und die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, für den Basis tariff BT, den Standardtarif ST, den Notlagentarif NLT und die Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung (MBZ, BEP und BEN).

3. Leistungszusage

- 3.1 Durch Abschluss der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte erwirbt die versicherte Person den Anspruch auf die vollen Leistungen der versicherten Tarife, ohne dass Begrenzungen der Erstattungen auf die Bundespflegesatzverordnung (BPFIV), auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen gemäß den jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgenommen werden (vgl. Tarifbedingungen zu § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 bzw. § 4 Abs. 2 AVB/KS bzw. Druckstücke der Tarife BSS, BSZ und ST).
- 3.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen tariflich vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer gemäß § 5 Abs. 2 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 3.3 Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, auch unter Berücksichtigung der Abrechnungsvorschriften des jeweiligen Auslands, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4. Beiträge

- 4.1 Zusätzlich zu den tariflichen Beiträgen sind für die Geltungsdauer der Besonderen Bedingungen für Auslandsaufenthalte Zuschläge für Auslandsaufenthalte zu entrichten, die vom jeweiligen Aufenthaltsland abhängig sind und beim Versicherer erfragt werden können.
- 4.2 Erhöht oder vermindert sich während der Dauer des Auslandsaufenthaltes der Beitrag eines Tarifs, so wird der Zuschlag für Auslandsaufenthalte entsprechend verändert.
- 4.3 Der Zuschlag für Auslandsaufenthalte kann mit Wirkung für bestehende Versicherungen neu festgesetzt werden, wenn das Niveau der Krankheitskosten des jeweiligen Landes sich gegenüber dem deutschen Kostenniveau signifikant verändert hat.

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die HanseMerkur Krankenversicherung AG (HanseMerkur) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

HanseMerkur Krankenversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon: 040 4119-1100
Fax: 040 4119-3257
E-Mail-Adresse: info@hansemerkur.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse oder per E-Mail unter: datenschutz@hansemerkur.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.hansemerkur.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer HanseMerkur-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 EU-DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) EU-DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) EU-DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der HanseMerkur-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) EU-DSGVO.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter www.hansemerkur.de/datenschutz/Information entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu 30 Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. Übertragungswert) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls prüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Automatisierte Entscheidungsfindung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten, entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen.

Ihnen steht das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zu.

Unser telefonischer Kundenservice

Telefonische Betreuung bei Versicherungsfragen

Sie haben Fragen zu Ihrem Versicherungsschutz? Oder benötigen unsere Hilfe bei der Klärung von Sachverhalten? Dann wenden Sie sich vertrauensvoll an unser Service-Telefon. Hier werden Ihre Fragen und sonstigen Anliegen schnell und unkompliziert von kompetenten Ansprechpartnern geklärt.

Für Fragen zu Ihrer bestehenden Versicherung

Telefon 040 4119-4100
von Montag bis Freitag, 08:00 bis 20:00 Uhr

24 Stunden Notruf-Service auf Reisen

Auch auf Reisen müssen Sie sich im Ernstfall keine Gedanken über sofortige Hilfe machen. Bei **dringenden Notfällen** steht allen Versicherten der HanseMerkur unser weltweiter Notruf-Service zur Verfügung. Zu jeder Zeit, rund um die Uhr, auch an Sonn- und Feiertagen.

Für dringende Notfälle auf Reisen

Telefon +49 40 21031-6027

Die Hilfeleistung können Sie beschleunigen, wenn Sie Ihre HanseMerkur Versicherungsschein-Nummer nennen. Besonders vor Reisen sollten Sie sich ihre Versicherungsschein-Nummer unbedingt notieren.

HanseMerkur Krankenversicherung AG

Postfach
20352 Hamburg

Telefon 040 4119-4100
Telefax 040 4119-3257

info@hansemerkur.de
www.hansemerkur.de/gesundheitservice