

Tarif MEGA.Clinic Krankenhaus-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Fassung Februar 2019

Wesentliche Merkmale des Tarifs MEGA.Clinic

Leistungen im Krankenhaus

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ein Zweibettzimmer
- privatärztliche oder belegärztliche Behandlung
- Krankentransporte
- eine Begleitperson bei versicherten Kindern im Krankenhaus
- eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- ambulante Operationen im Krankenhaus bei Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV)

Wir zahlen

- eine Beitragsgutschrift bei langem Krankenhausaufenthalt

Inhalt

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif MEGA.Clinic? 2	2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?.....4
II. Wer kann sich versichern? 2	3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?.....4
III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV? 2	4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?.....4
IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen? 2	VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?4
1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir? 2	VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag? 5
2. Was erstatten wir für Wahlleistungen? 2	VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?5
3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen? ..3	IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?5
4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt verlangen?.. 3	X. Wann endet die Tarifstufe MEGA.ClinicRi?.....5
5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger? ... 3	XI. Wann stellen wir die Tarifstufe MEGA.ClinicRi in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR um?.....5
6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen? 3	1. Wann stellen wir planmäßig um?5
7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte? 3	2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?.....5
8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten? 3	XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?6
V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen? 3	XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?.....6
1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir? 3	XIV. Wann können wir die Leistung ändern?6
	Fachbegriffe6

Der Tarif MEGA.Clinic ist Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Er gilt nur in Verbindung mit

- Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und
- Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif MEGA.Clinic?

Der Tarif MEGA.Clinic steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe MEGA.ClinicAR bildet ab ➤ Alter 21 ➤ Alterungsrückstellungen;
- Tarifstufe MEGA.ClinicRi bildet keine ➤ Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen erstatten die gleichen Leistungen mit Ausnahme des Gesundheitsbonus (siehe VIII.).

II. Wer kann sich versichern?

Wir sind die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. (Versicherer). In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- zu Beginn der Versicherung in Deutschland wohnen.

Zusätzlich gilt für Tarifstufe MEGA.ClinicRi:

- Der Versicherte (von der weiblichen Form sehen wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit ab) muss zwischen 21 und 60 Jahre ➤ alt sein.

Endet die Versicherung in der GKV,

- endet auch diese Versicherung oder
- kann von Ihnen auf ➤ Anwartschaft gestellt werden.

III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV?

Wir ziehen von unserer Erstattung die Leistungen ab, die die GKV zu erbringen hat. Deren Leistungen muss der Versicherte deshalb vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns stets nachweisen.

IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten,

- wenn der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt wird und die ➤ Heilbehandlung dort medizinisch notwendig ist. Ohne weitere Prüfung gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig, wenn die GKV die ➤ allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.
- wenn der Versicherte eine Vorsorgeuntersuchung aus medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus durchführen muss.
- wenn die Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, weil sie schwanger ist oder entbindet.

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen (siehe VI.).

2. Was erstatten wir für Wahlleistungen?

2.1 Welche Wahlleistungen erstatten wir?

Wir erstatten

- den Zuschlag für ein Zweibettzimmer und ➤ angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG. Darunter fallen übliche Komfortelemente wie z.B. eine besondere Verpflegung, Ausstattung (Fernseher, Internetanschluss), Zimmergröße und Lage.
- die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

2.2 In welcher Höhe erstatten wir diese Wahlleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten.

Ist der Versicherte im Einbettzimmer, erstatten wir die Wahlleistungen, die bei einer Unterkunft im Zweibettzimmer angefallen wären.

3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für belegärztliche Leistungen.

4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt (siehe IV.2. und 3.) verlangen?

4.1 Kein Zweibettzimmer

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 30 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns keine Erstattung der Kosten für ein Zweibettzimmer verlangen. D.h., Sie reichen uns weder einen Zuschlag für ein Zweibettzimmer noch einen Zuschlag für einen besonderen Komfort ein.

4.2 Keine privatärztliche bzw. belegärztliche Behandlung

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 60 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns weder die Erstattung der Kosten für gesondert vereinbarte privatärztliche noch für belegärztliche Behandlung verlangen.

4.3 Wann bekommen Sie kein Ersatztagegeld?

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1

- für die Zeit einer stationären ➤Anschlussheilbehandlung oder
- für die Tage, an denen der Versicherte auf der Intensiv- oder Säuglingsstation behandelt wird.

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1 und 4.2

- für den Tag, an dem der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Tage, an denen der Versicherte teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird.

5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern. Dies setzt voraus, dass die Kosten im Rahmen der amtlichen Gebührenordnungen berechnet sind.

6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für die ➤allgemeinen Krankenhausleistungen, wenn die GKV diese nicht in voller Höhe erstattet hat. Bei der GKV bestehende Selbstbehalte bezahlen wir nicht.

Hat die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht geleistet, erstatten wir dafür auch nichts.

7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- an dem Tag, an dem der Versicherte zur stationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen bzw. entlassen wird.

8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat.

V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherte in einem Krankenhaus die folgenden medizinisch notwendigen ambulanten ➤Heilbehandlungen durchführen lässt:

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchung oder
- ambulant durchführbare Operation oder sonstiger stationärsersetzender Eingriff sowie die zugehörigen ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen bei Vorleistung der GKV.

2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der ärztlichen Kosten jeweils für eine einmalige ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Dies setzt voraus, dass

- diese maximal 4 Wochen vor bzw. innerhalb von 2 Wochen nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus (siehe IV.1.) stattfindet und
- sie der liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt durchführt.

3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?

3.1 Ambulante Operation

Lässt sich der Versicherte ambulant operieren, erstatten wir 100% der verbleibenden Kosten für die privatärztliche Behandlung.

Wir erstatten auch die verbleibenden Kosten für

- die mit der ambulanten Operation zusammenhängenden Kosten für ➤anästhesiologische Leistungen und
- Leistungen, die im direkten medizinischen Zusammenhang mit der ambulanten Operation erforderlich sind. Dazu gehören z.B. Laboruntersuchungen, ➤radiologische, ➤histologische und pathologische Leistungen.

Unsere Erstattung setzt voraus, dass

- die ambulante Operation im Krankenhaus von einem dort tätigen Arzt, Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird,
- es sich um eine ambulant durchführbare Operation oder einen sonstigen stationärsersetzenden Eingriff handelt, die im jeweils geltenden ➤Katalog nach § 115b SGB V genannt sind und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

3.2 Ambulante Vor- und Nachuntersuchung

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für eine einmalige ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgt und
- maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für ambulante Nachuntersuchungen im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgen,
- notwendig sind, um den Erfolg der ambulanten Operation zu sichern,
- innerhalb von 2 Wochen nach der Operation erfolgen und
- die GKV eine Vorleistung erbringt.

Erbringt die GKV keine Vorleistung für die ambulante Operation leisten wir auch für die Vor- und Nachuntersuchungen nicht.

Um leisten zu können, brauchen wir stets folgende Informationen:

- alle Rechnungen,
- den Namen und Ort des Krankenhauses, in dem die ambulante Operation stattfand und
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich die jeweiligen ➤Operationen- und Prozedureschlüssel (OPS) ergeben.

3.3 Zahnärztliche Behandlungen

Die Kosten für ➤zahnärztliche Behandlungen werden nicht erstattet.

4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- am Tag der ambulanten Operation.

VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. D.h., wir erbringen keine Leistungen

- für die Behandlung der Schwangerschaft,
- für die Entbindung und
- für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.

VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag?

Muss sich der Versicherte länger als 8 Wochen ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandeln lassen, erhalten Sie eine Gutschrift über dessen Beitrag für den Monat, in den der 1. Tag der 9. Woche fällt (siehe ➤Beispiel).

Geht die Behandlung ununterbrochen weiter, erhalten Sie auch eine Gutschrift für die folgenden Monate, in denen der Versicherte mindestens einen Tag behandelt wurde.

VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?

In der Tarifstufe **MEGA.ClinicAR** zahlen wir Ihnen einen Gesundheitsbonus. Dies setzt voraus,

- dass der Versicherte für 3 volle Kalenderjahre hintereinander keine Leistungen gemäß IV. und V. beansprucht,
- im ersten der 3 Kalenderjahre mindestens 21 Jahre ➤alt ist und
- MEGA.ClinicAR während dieses Zeitraumes bis zur Auszahlung des Bonus ➤ununterbrochen bestanden hat.

Wir zahlen den Gesundheitsbonus dann jeweils im folgenden Jahr aus.

Die Höhe des Bonus ist abhängig vom ➤Alter des Versicherten zum Auszahlungszeitpunkt und beträgt:

- Alter 24 – 50: 30 €
- Alter 51 – 80: 60 €
- ab Alter 81: 90 €

IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Abweichend von § 3 MB/KK 2009 gelten für diesen Tarif keine ➤Wartezeiten.

X. Wann endet die Tarifstufe MEGA.ClinicRi?

Die Versicherung nach Tarifstufe MEGA.ClinicRi endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

XI. Wann stellen wir die Tarifstufe MEGA.ClinicRi in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR um?

1. Wann stellen wir planmäßig um?

Die Tarifstufe MEGA.ClinicRi stellen wir in die Tarifstufe MEGA.ClinicAR wie folgt um:

Zum 1. Juli des 7. Kalenderjahres, das auf die Aufnahme in diesen Tarif folgt.

Die Umstellung teilen wir Ihnen spätestens einen Monat davor mit. Sie können dieser Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Umstellung in ➤Textform widersprechen.

Widersprechen Sie der Umstellung, stellen wir 5 Jahre später zum 1. Juli erneut um. Dieser Umstellung können Sie unter den gleichen Voraussetzungen (s.o.) widersprechen. Dieser Prozess wiederholt sich dann alle 5 Jahre.

Wird der Versicherte 60 Jahre alt, bevor MEGA.ClinicRi in MEGA.ClinicAR umgestellt ist, stellen wir zum 1. Januar des nächsten Jahres um.

Widersprechen Sie dieser Umstellung nach den genannten Voraussetzungen (s.o.), endet die Versicherung zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?

Sie können zum nächsten Monatsersten wie folgt umstellen:

- jederzeit von Tarifstufe MEGA.ClinicRi in Tarifstufe MEGA.ClinicAR oder
- von Tarifstufe MEGA.ClinicAR in Tarifstufe MEGA.ClinicRi. Hier müssen Sie beachten, dass MEGA.ClinicRi zum Ende des Jahres endet, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird (siehe X.).

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung. Der Beitrag wird nach dem ➤Alter des Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Umstellung berechnet.

Stellen Sie aus Tarifstufe MEGA.ClinicAR in Tarifstufe MEGA.ClinicRi um, so bleibt die bereits gebildete ➤Alterungsrückstellung erhalten. Wechseln Sie dann zurück, wird diese angerechnet.

Endet die Versicherung in Tarifstufe MEGA.ClinicRi ohne dass Sie sie in MEGA.ClinicAR umgestellt haben, erlöschen alle erworbenen Rechte. Die Beiträge und ggf. aus MEGA.ClinicAR gebildete Alterungsrückstellungen zahlen wir nicht zurück.

XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤ Alter des Versicherten.

Für die Tarifstufe MEGA.ClinicRi gilt:

- Sie bildet keine ➤ Alterungsrückstellung. Deshalb wird bei einer Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.
- Bei Aufnahme in die Tarifstufe MEGA.ClinicRi ist der Beitrag der entsprechenden Altersgruppe abhängig vom ➤ Alter des Versicherten zu bezahlen.
Ab dem 1. Juli des 5. Kalenderjahres das auf die Aufnahme folgt, gilt der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe. Danach wird alle 5 Jahre jeweils zum 1. Juli der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe fällig.

XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 können Sie den Tarif zum Ende eines jeden Monats kündigen. Dies setzt voraus, dass

- uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in ➤ Textform erreicht und
- der Tarif beim Versicherten zum Tag der Beendigung schon mindestens 2 Jahre besteht.

XIV. Wann können wir die Leistung ändern?

Um den Wert des Schutzes zu erhalten, können wir auch die Höhe der Ersatztagegelder gemäß IV.4. ändern. Darüber hinaus können wir auch die Beträge des Gesundheitsbonus gemäß VIII. anpassen. Dazu muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus **nicht** nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Alt/Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2019 – 1980 = 39 Jahre.

Alterungsrückstellung

Die Alterungsrückstellungen dienen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Alter mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. In den Tarifen mit Alterungsrückstellungen kalkulieren wir den Beitrag so, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommene Leistung. Die Differenz legen wir zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich an. Wenn in späteren Jahren die Kosten für die Leistungen dann über dem Beitrag liegen, schließen wir die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen. In diesen Tarifen steigt der Beitrag nicht infolge des Alters an.

Anästhesiologische Leistungen

Anästhesiologie umfasst die allgemeine Betäubung (Narkose) und die örtliche Betäubung einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Dazu gehören auch

- die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe,
- die Wiederbelebung und
- die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten.

Angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort

Wir richten uns nach der gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft. Diese wurde zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart.

Unser Tipp: Lassen Sie sich vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus bestätigen, dass es sich an diese Preisempfehlung hält.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Beispiel: Gutschrift über Ihren Beitrag

Beginn der Krankenhausbehandlung: 06.02.2019
8 Wochen später: 02.04.2019

Ist der Versicherte am 03.04.2019 (1. Tag der 9. Woche) noch im Krankenhaus, erhalten Sie eine Gutschrift in Höhe des Beitrages für den Versicherten für den Monat April.

Ist der Versicherte am 01.05.2019 noch im Krankenhaus, erhalten Sie auch den Beitrag für den Monat Mai gutgeschrieben.

Fahrt

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die Behandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Sprechen wir in diesem Tarif nur von „Behandlung“ dann meinen wir damit Heilbehandlungen, aber auch stationäre Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft.

Histologische und pathologische Leistungen

Hier werden z.B. Gewebeproben untersucht. Gründe können sein:

- die Frühdiagnose von Tumoren,
- die Klassifizierung von Tumoren (gutartig / bösartig),
- der Nachweis von Stoffwechselerkrankungen und parasitären, bakteriellen oder entzündlichen Erkrankungen.

Katalog nach § 115b SGB V

Gemäß § 115b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog. In diesem sind alle Operationen genannt, die ambulant im Krankenhaus zu Lasten der GKV durchgeführt werden dürfen. Dies schließt auch die Operationen ein, durch die ein stationärer Aufenthalt ersetzt werden kann.

Dazu gehören z.B. Operationen bei Leisten- oder Nabelbrüchen, arthroskopische Eingriffe an Knie oder Schulter oder die Entfernung von Krampfadern.

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von

- Operationen,
- Prozeduren und
- allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.

Radiologische Leistungen

Radiologie umfasst alle Bereiche der Bildgebung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Dazu gehören z.B.

- Röntgenstrahlen,
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie und
- Ultraschall.

Textform

Textform bedeutet schriftlich. Es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht eine E-Mail.

Transport

Transport bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Ununterbrochen

Es gab keine Unterbrechung durch Anwartschaft oder Kündigung.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Zahnärztliche Behandlungen

Darunter verstehen wir Zahnbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.

Tarif GIGA.Clinic

Krankenhaus-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Fassung Februar 2019

Wesentliche Merkmale des Tarifs GIGA.Clinic

Leistungen im Krankenhaus

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ein Einbettzimmer
- privatärztliche oder belegärztliche Behandlung
- Krankentransporte
- eine Begleitperson bei versicherten Kindern im Krankenhaus
- eine ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- ambulante Operationen im Krankenhaus

Wir zahlen

- 50 € pro Tag im Krankenhaus, wenn der Versicherte seinen Haushalt nicht weiterführen kann
- eine Beitragsgutschrift bei langem Krankenhausaufenthalt

Inhalt

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif GIGA.Clinic?.....	2	V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?.....	4
II. Wer kann sich versichern?	2	1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?	4
III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV?	2	2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?.....	4
IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?	2	3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?.....	4
1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?	2	4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?.....	4
2. Was erstatten wir für Wahlleistungen?	2	VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?	5
3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen? ..	3	VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag? 5	
4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt verlangen?..	3	VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?	5
5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger? ...	3	IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?	5
6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen?	3	X. Wann endet die Tarifstufe GIGA.ClinicRi?	5
7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?	3	XI. Wann stellen wir die Tarifstufe GIGA.ClinicRi in die Tarifstufe GIGA.ClinicAR um?	5
8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?	3	1. Wann stellen wir planmäßig um?	5
9. Was erstatten wir, wenn der Versicherte wegen eines Aufenthaltes im Krankenhaus seinen Haushalt nicht weiterführen kann?.....	3	2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?.....	5
		XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?	6
		XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?.....	6
		XIV. Wann können wir die Leistung ändern?	6
		Fachbegriffe	7

Der Tarif GIGA.Clinic ist Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Er gilt nur in Verbindung mit

- Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und
- Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Welche Tarifstufen gibt es im Tarif GIGA.Clinic?

Der Tarif GIGA.Clinic steht in zwei Tarifstufen zur Verfügung:

- Tarifstufe GIGA.ClinicAR bildet ab ➤ Alter 21 ➤ Alterungsrückstellungen;
- Tarifstufe GIGA.ClinicRi bildet keine ➤ Alterungsrückstellungen.

Beide Tarifstufen erstatten die gleichen Leistungen mit Ausnahme des Gesundheitsbonus (siehe VIII.).

II. Wer kann sich versichern?

Wir sind die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. (Versicherer). In diesem Tarif können sich Personen versichern, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- zu Beginn der Versicherung in Deutschland wohnen.

Zusätzlich gilt für Tarifstufe GIGA.ClinicRi:

- Der Versicherte (von der weiblichen Form sehen wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit ab) muss zwischen 21 und 60 Jahre ➤ alt sein.

Endet die Versicherung in der GKV,

- endet auch diese Versicherung oder
- kann von Ihnen auf ➤ Anwartschaft gestellt werden.

III. Wie berücksichtigen wir die Leistungen der GKV?

Wir ziehen von unserer Erstattung die Leistungen ab, die die GKV zu erbringen hat. Deren Leistungen muss der Versicherte deshalb vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen und uns stets nachweisen.

IV. Was leisten wir für stationäre Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten,

- wenn der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt wird und die ➤ Heilbehandlung dort medizinisch notwendig ist. Ohne weitere Prüfung gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig, wenn die GKV die ➤ allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.
- wenn der Versicherte eine Vorsorgeuntersuchung aus medizinischen Gründen stationär im Krankenhaus durchführen muss.
- wenn die Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden muss, weil sie schwanger ist oder entbindet.

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen (siehe VI.).

2. Was erstatten wir für Wahlleistungen?

2.1 Welche Wahlleistungen erstatten wir?

Wir erstatten

- den Zuschlag für ein Ein- oder Zweibettzimmer und ➤ angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG. Darunter fallen übliche Komfortelemente wie z.B. eine besondere Verpflegung, Ausstattung (Fernseher, Internetanschluss), Zimmergröße und Lage.
- die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

2.2 In welcher Höhe erstatten wir diese Wahlleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten.

3. Was erstatten wir für belegärztliche Leistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für belegärztliche Leistungen.

4. Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/Belegarzt (siehe IV.2. und 3.) verlangen?

4.1 Kein Ein- oder Zweibettzimmer

Wir zahlen Ihnen für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns keine Erstattung eines Zuschlags für ein Einbettzimmer verlangen, ein Ersatztagegeld in Höhe von

- 20 € wenn Sie sich stattdessen den Zuschlag für ein Zweibettzimmer erstatten lassen oder
- 50 € wenn Sie auch keine Erstattung der Kosten für ein Zweibettzimmer verlangen. D.h., Sie reichen uns weder einen Zuschlag für ein Zweibettzimmer noch einen Zuschlag für einen besonderen Komfort ein.

4.2 Keine privatärztliche bzw. belegärztliche Behandlung

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 60 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns weder die Erstattung der Kosten für gesondert vereinbarte privatärztliche noch für belegärztliche Behandlung verlangen.

4.3 Wann bekommen Sie kein Ersatztagegeld?

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1

- für die Zeit einer stationären ➤Anschlussheilbehandlung oder
- für die Tage, an denen der Versicherte auf der Intensiv- oder Säuglingsstation behandelt wird.

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach 4.1 und 4.2

- für den Tag, an dem der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Tage, an denen der Versicherte teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird.

5. Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern. Dies

setzt voraus, dass die Kosten im Rahmen der amtlichen Gebührenordnungen berechnet sind.

6. Was erstatten wir für allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der verbleibenden Kosten für die ➤allgemeinen Krankenhausleistungen, wenn die GKV diese nicht in voller Höhe erstattet hat. Bei der GKV bestehende Selbstbehalte bezahlen wir nicht.

Hat die GKV für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht geleistet, erstatten wir dafür auch nichts.

7. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- an dem Tag, an dem der Versicherte zur stationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen bzw. entlassen wird.

8. Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat.

9. Was erstatten wir, wenn der Versicherte wegen eines Aufenthaltes im Krankenhaus seinen Haushalt nicht weiterführen kann?

Muss der Versicherte stationär im Krankenhaus behandelt werden, zahlen wir 50 € für jeden Tag im Krankenhaus. Das setzt voraus, dass

- im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat und
- keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann, z.B. weil sie außer Haus erwerbstätig ist und
- die GKV nicht für eine Haushaltshilfe leisten muss.

V. Was leisten wir für ambulante Behandlungen im Krankenhaus und unter welchen Voraussetzungen?

1. Unter welchen Voraussetzungen leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherte in einem Krankenhaus die folgenden medizinisch notwendigen ambulanten ➤Heilbehandlungen durchführen lässt:

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchung oder
- ambulant durchführbare Operation oder sonstiger stationersetzender Eingriff sowie die zugehörigen ambulanten Vor- und Nachuntersuchungen.

2. Was erstatten wir für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der ärztlichen Kosten jeweils für eine einmalige ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Dies setzt voraus, dass

- diese maximal 4 Wochen vor bzw. innerhalb von 2 Wochen nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus (siehe IV.1.) stattfindet und
- sie der liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt durchführt.

3. Was erstatten wir, wenn der Versicherte ambulant im Krankenhaus operiert wird?

3.1 Ambulante Operation

Lässt sich der Versicherte ambulant operieren, erstatten wir 100% der verbleibenden Kosten für die privatärztliche Behandlung. Das setzt voraus, dass

- die ambulante Operation im Krankenhaus von einem dort tätigen Arzt, Krankenhaus- oder Belegarzt durchgeführt wird und
- es sich um eine ambulant durchführbare Operation oder einen sonstigen stationersetzenden Eingriff handelt, die im jeweils geltenden ➤Katalog nach § 115b SGB V genannt sind.

Wir erstatten auch

- die mit der ambulanten Operation zusammenhängenden Kosten für ➤anästhesiologische Leistungen und
- Leistungen, die im direkten medizinischen Zusammenhang mit der ambulanten Operation erforderlich sind. Dazu gehören z.B. Laboruntersu-

chungen, ➤radiologische, ➤histologische und pathologische Leistungen.

3.2 Ambulante Vor- und Nachuntersuchung

Wir erstatten 100% der Kosten für eine einmalige ambulante Voruntersuchung im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgt und
- maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt.

Wir erstatten 100% der Kosten für ambulante Nachuntersuchungen im Krankenhaus, wenn

- diese wegen der ambulanten Operation erfolgen,
- notwendig sind, um den Erfolg der ambulanten Operation zu sichern und
- innerhalb von 2 Wochen nach der Operation erfolgen.

Um leisten zu können, brauchen wir stets folgende Informationen:

- alle Rechnungen,
- den Namen und Ort des Krankenhauses, in dem die ambulante Operation stattfand und
- ärztliche Unterlagen, aus denen sich die jeweiligen ➤Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ergeben.

3.3 Zahnärztliche Behandlungen

Die Kosten für ➤zahnärztliche Behandlungen werden nicht erstattet.

4. Was erstatten wir für Fahrten und Krankentransporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für die ➤Hin- und Rückfahrt bzw. den medizinisch notwendigen ➤Hin- und Rücktransport zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus

- am Tag der ambulanten Operation.

VI. Wann erstatten wir bei Schwangerschaft nicht?

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies da bereits ärztlich festgestellt, sind alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. D.h., wir erbringen keine Leistungen

- für die Behandlung der Schwangerschaft,
- für die Entbindung und
- für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.

VII. Wann erhalten Sie eine Gutschrift über Ihren Beitrag?

Muss sich der Versicherte länger als 8 Wochen ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandeln lassen, erhalten Sie eine Gutschrift über dessen Beitrag für den Monat, in den der 1. Tag der 9. Woche fällt (siehe ►Beispiel).

Geht die Behandlung ununterbrochen weiter, erhalten Sie auch eine Gutschrift für die folgenden Monate, in denen der Versicherte mindestens einen Tag behandelt wurde.

VIII. Unter welchen Voraussetzungen bekommen Sie einen Gesundheitsbonus?

In der Tarifstufe **GIGA.ClinicAR** zahlen wir Ihnen einen Gesundheitsbonus. Dies setzt voraus,

- dass der Versicherte für 3 volle Kalenderjahre hintereinander keine Leistungen gemäß IV. und V. beansprucht,
- im ersten der 3 Kalenderjahre mindestens 21 Jahre ►alt ist und
- GIGA.ClinicAR während dieses Zeitraumes bis zur Auszahlung des Bonus ►ununterbrochen bestanden hat.

Wir zahlen den Gesundheitsbonus dann jeweils im folgenden Jahr aus.

Die Höhe des Bonus ist abhängig vom ►Alter des Versicherten zum Auszahlungszeitpunkt und beträgt:

- Alter 24 – 50: 40 €
- Alter 51 – 80: 80 €
- ab Alter 81: 120 €

IX. Welche Wartezeiten sind vereinbart?

Abweichend von § 3 MB/KK 2009 gelten für diesen Tarif keine ►Wartezeiten.

X. Wann endet die Tarifstufe GIGA.ClinicRi?

Die Versicherung nach Tarifstufe GIGA.ClinicRi endet spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

XI. Wann stellen wir die Tarifstufe GIGA.ClinicRi in die Tarifstufe GIGA.ClinicAR um?

1. Wann stellen wir planmäßig um?

Die Tarifstufe GIGA.ClinicRi stellen wir in die Tarifstufe GIGA.ClinicAR wie folgt um:

Zum 1. Juli des 7. Kalenderjahres, das auf die Aufnahme in diesen Tarif folgt.

Die Umstellung teilen wir Ihnen spätestens einen Monat davor mit. Sie können dieser Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach dem Tag der Umstellung in ►Textform widersprechen.

Widersprechen Sie der Umstellung, stellen wir 5 Jahre später zum 1. Juli erneut um. Dieser Umstellung können Sie unter den gleichen Voraussetzungen (s.o.) widersprechen. Dieser Prozess wiederholt sich dann alle 5 Jahre.

Wird der Versicherte 60 Jahre alt, bevor GIGA.ClinicRi in GIGA.ClinicAR umgestellt ist, stellen wir zum 1. Januar des nächsten Jahres um.

Widersprechen Sie dieser Umstellung nach den genannten Voraussetzungen (s.o.), endet die Versicherung zum 31.12. des Jahres, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird.

2. Wann und wie können Sie darüber hinaus umstellen?

Sie können zum nächsten Monatsersten wie folgt umstellen:

- jederzeit von Tarifstufe GIGA.ClinicRi in Tarifstufe GIGA.ClinicAR oder
- von Tarifstufe GIGA.ClinicAR in Tarifstufe GIGA.ClinicRi. Hier müssen Sie beachten, dass

GIGA.ClinicRi zum Ende des Jahres endet, in dem der Versicherte 60 Jahre alt wird (siehe X.).

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung. Der Beitrag wird nach dem ➤Alter des Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Umstellung berechnet.

Stellen Sie aus Tarifstufe GIGA.ClinicAR in Tarifstufe GIGA.ClinicRi um, so bleibt die bereits gebildete ➤Alterungsrückstellung erhalten. Wechseln Sie dann zurück, wird diese angerechnet.

Endet die Versicherung in Tarifstufe GIGA.ClinicRi ohne dass Sie sie in GIGA.ClinicAR umgestellt haben, erlöschen alle erworbenen Rechte. Die Beiträge und ggf. aus GIGA.ClinicAR gebildete Alterungsrückstellungen zahlen wir nicht zurück.

XII. Welchen Beitrag müssen Sie bezahlen?

Der Beitrag ist abhängig vom ➤Alter des Versicherten.

Für die Tarifstufe GIGA.ClinicRi gilt:

- Sie bildet keine ➤Alterungsrückstellung. Deshalb wird bei einer Änderung der Beiträge keine Alterungsrückstellung angerechnet. § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.
- Bei Aufnahme in die Tarifstufe GIGA.ClinicRi ist der Beitrag der entsprechenden Altersgruppe abhängig vom ➤Alter des Versicherten zu bezahlen. Ab dem 1. Juli des 5. Kalenderjahres das auf die Aufnahme folgt, gilt der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe. Danach wird alle 5 Jahre jeweils zum 1. Juli der Beitrag entsprechend der dann erreichten Altersgruppe fällig.

XIII. Wann können Sie den Tarif kündigen?

Abweichend von § 13 Abs. 1 MB/KK 2009 können Sie den Tarif zum Ende eines jeden Monats kündigen. Dies setzt voraus, dass

- uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in ➤Textform erreicht und
- der Tarif beim Versicherten zum Tag der Beendigung schon mindestens 2 Jahre besteht.

XIV. Wann können wir die Leistung ändern?

Um den Wert des Schutzes zu erhalten, können wir auch die Höhe der Ersatztagegelder gemäß IV.4. ändern. Darüber hinaus können wir auch die Beträge des Gesundheitsbonus gemäß VIII. anpassen. Dazu muss ein unabhängiger Treuhänder zustimmen.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➤ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus **nicht** nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Alt/Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2019 – 1980 = 39 Jahre.

Alterungsrückstellung

Die Alterungsrückstellungen dienen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Alter mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. In den Tarifen mit Alterungsrückstellungen kalkulieren wir den Beitrag so, dass er in jungen Jahren höher ist als die tatsächlich in Anspruch genommene Leistung. Die Differenz legen wir zunächst in der Alterungsrückstellung verzinslich an. Wenn in späteren Jahren die Kosten für die Leistungen dann über dem Beitrag liegen, schließen wir die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen. In diesen Tarifen steigt der Beitrag nicht infolge des Alters an.

Anästhesiologische Leistungen

Anästhesiologie umfasst die allgemeine Betäubung (Narkose) und die örtliche Betäubung einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Dazu gehören auch

- die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe,
- die Wiederbelebung und
- die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten.

Angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort

Wir richten uns nach der gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPflV / § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft. Diese wurde zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart.

Unser Tipp: Lassen Sie sich vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus bestätigen, dass es sich an diese Preisempfehlung hält.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Anwartschaft

Während einer Anwartschaft ruhen unsere Leistungen und Sie bezahlen einen stark reduzierten Beitrag. Wir sichern Ihnen aber zu, dass wir nach der Anwartschaft wieder den gleichen Schutz gewähren wie zuvor. Dabei berücksichtigen wir nicht, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert hat.

Beispiel: Gutschrift über Ihren Beitrag

Beginn der Krankenhausbehandlung: 06.02.2019
8 Wochen später: 02.04.2019

Ist der Versicherte am 03.04.2019 (1. Tag der 9. Woche) noch im Krankenhaus, erhalten Sie eine Gutschrift in Höhe des Beitrages für den Versicherten für den Monat April.

Ist der Versicherte am 01.05.2019 noch im Krankenhaus, erhalten Sie auch den Beitrag für den Monat Mai gutgeschrieben.

Fahrt

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die Behandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Sprechen wir in diesem Tarif nur von „Behandlung“ dann meinen wir damit Heilbehandlungen, aber auch stationäre Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft.

Histologische und pathologische Leistungen

Hier werden z.B. Gewebeprobe untersucht. Gründe können sein:

- die Frühdiagnose von Tumoren,
- die Klassifizierung von Tumoren (gutartig / bösartig),
- der Nachweis von Stoffwechselerkrankungen und parasitären, bakteriellen oder entzündlichen Erkrankungen.

Katalog nach § 115b SGB V

Gemäß § 115b SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog. In diesem sind alle Operationen genannt, die ambulant im Krankenhaus zu Lasten der GKV durchgeführt werden dürfen. Dies schließt auch die Operationen ein, durch die ein stationärer Aufenthalt ersetzt werden kann.

Dazu gehören z.B. Operationen bei Leisten- oder Nabelbrüchen, arthroskopische Eingriffe an Knie oder Schulter oder die Entfernung von Krampfadern.

Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von

- Operationen,
- Prozeduren und
- allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren.

Radiologische Leistungen

Radiologie umfasst alle Bereiche der Bildgebung zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Dazu gehören z.B.

- Röntgenstrahlen,
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie und
- Ultraschall.

Textform

Textform bedeutet schriftlich. Es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht eine E-Mail.

Transport

Transport bedeutet, dass der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Ununterbrochen

Es gab keine Unterbrechung durch Anwartschaft oder Kündigung.

Wartezeit

Wartezeit ist die Zeit, in der der Versicherte noch keinen Schutz aus der Versicherung hat. Sie rechnet vom Beginn der Versicherung an.

Zahnärztliche Behandlungen

Darunter verstehen wir Zahnbehandlungen, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.

Tarif KH. Krankenhaustagegeldversicherung

Fassung Februar 2015

Wesentliche Merkmale des Tarifs KH.

Krankenhaustagegeld

- ab dem ersten Tag im Krankenhaus
 - in doppelter Höhe bei Begleitung eines versicherten Kindes durch ein Elternteil
-

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.
2. Das Krankenhaustagegeld muss mindestens 5 € betragen; es kann um jeweils 5 € erhöht werden.

3. Bei stationärer Heilbehandlung in Truppen-Sanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen wird die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes, höchstens jedoch 5 € täglich, gezahlt.

4. Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

II. Versicherungsleistungen

1. Das Krankenhaustagegeld wird in der versicherten Höhe gezahlt bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien.
2. Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Diese zusätzliche Krankenhaustagegeldleistung ist jedoch begrenzt auf die Höhe der tatsächlich entstehenden Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

Fassung Juni 2019

Inhalt

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

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus: Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]), Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) und Teil III (Tarifen). Die Tarifbedingungen ergänzen die Musterbedingungen und enthalten darüber hinaus Abweichungen zugunsten der Versicherten.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

I

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

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

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

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

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

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate.

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

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

einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

II

(1) *Ist das Risiko z.B. durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von der Vereinbarung besonderer Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen.*

(2) *Als Versicherungsfall gelten auch*

a) *Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen), wobei – sofern im Tarif nichts anderes vereinbart – die Leistungsansage nicht auf die gesetzlich eingeführten Programme beschränkt ist und nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig ist. In Tarifen mit Leistungen für stationäre Heilbehandlung gelten stationär durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen jedoch nur dann als Versicherungsfall, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,*

b) *Fehlgeburten und nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche,*

c) *in der substitutiven Krankenversicherung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und die stationäre Versorgung in einem Hospiz.*

(3) *Der Versicherungsschutz erstreckt sich, ohne dass es einer besonderen Vereinbarung bedarf, auf weltweite Heilbehandlung.*

(4) *Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.*

(5) *Ein Aufenthalt in einem der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.*

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(6) *In der substitutiven Krankenversicherung erhält die versicherte Person bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der unter § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten die volle tarifliche Erstattung. Voraussetzung dafür ist, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes darüber informiert. Der Versicherer kann für Staaten, bei denen es regelmäßig zu einer Begrenzung der Leistungen gemäß § 1 (5) MB/KK 2009 kommen würde, für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Der Beitragszuschlag wird einmalig angeboten. Lehnt der Versicherungsnehmer für die versicherte Person einen möglichen Beitragszuschlag ab oder informiert der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person den Versicherer über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nicht fristgerecht, ist der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.*

Ist die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten nur vorübergehend, wird das Versicherungsverhältnis auf Antrag auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt. Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als den in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten, gelten ab Beginn des Aufenthaltes § 15 (3) MB/KK 2009 und die zugehörigen Tarifbedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versi-

cherungsfälle 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 3 Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

II

(1) Abweichend von § 2 (1) MB/KK 2009 sind auch vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt. Dies gilt jedoch nur, wenn diese Versicherungsfälle dem Versicherer ordnungsgemäß angezeigt und keine entgegenstehenden besonderen Bedingungen vereinbart worden sind. Diese Regelung gilt entsprechend für die Mehrleistung nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

(2) Durch die Änderung des Versicherungsschutzes im Laufe der Versicherungsdauer ändert sich das beim ursprünglichen Abschluss des Vertrages festgelegte Versicherungsjahr nicht.

(3) Verändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife an den veränderten Beihilfebemessungssatz oder den entfallenen Beihilfeanspruch angepasst, jedoch nur so weit, als dadurch der weggefallene Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Der Versicherungsschutz darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung erforderlich. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten an-

genommen, wenn er spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfall des Beihilfeanspruchs zum Ersten des Monats gestellt wird, in dem der Beihilfebemessungssatz sich verändert hat bzw. der Beihilfeanspruch entfallen ist oder zum Ersten des folgenden Monats; der Antrag kann jedoch frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem er beim Versicherer eingeht. Vom Zeitpunkt der Vertragsänderung an werden die Mehrleistungen auch für laufende Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht besteht.

Die Gründe für die Änderung des Beihilfebemessungssatzes oder des Wegfalls des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen.

(4) Wird ein Kind gemäß § 2 MB/KK 2009 im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar ab Vollendung der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(5) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

(6) Für Neugeborene, die gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 bzw. gemäß § 2 (7) der Tarifbedingungen ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtschäden sowie angeborene Krankheiten und Anomalien.

(7) Abweichend von § 2 (2) MB/KK 2009 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von 3 Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeiten

I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit 3 Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate.

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

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

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

II

(1) Abweichend von § 3 (2) und (3) MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenvollversicherung auf die Einhaltung der Wartezeiten, wenn die Versicherung im unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beginnt; eine Krankheitskostenvollversicherung im Sinne dieser Tarifbedingung liegt vor, wenn für die versicherte Person beim Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung als Grundversicherung besteht.

(2) Bei Vertragsänderungen wird die bisher in Tarifen mit gleichartigen Leistungen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet.

(3) Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

(4) Der in § 3 (4) MB/KK 2009 vorgesehene Wartezeit-erlass ist in Verbindung mit einem ärztlichen Untersuchungsbefund, der auf dem hierfür vorgesehenen Vor-druck einzureichen ist, zu beantragen. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung der zu versichernden Person trägt der Antragsteller.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

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

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

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend 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 € 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 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

II

(1) *Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 – mit Ausnahme eines Krankenhaustagegeldes – mitversichert.*

(2) *Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2009 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für Verhaltenstherapie.*

(3) *Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen approbierten Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (wie Masseure, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Diätassistenten, Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler) erbracht werden.*

(4) *Es können auch Krankenhausambulanzen, Medizinische Versorgungszentren und sozialpädiatrische Zentren zur ambulanten Heilbehandlung, Bundeswehrkrankenhäuser zur stationären Heilbehandlung sowie im Tarif aufgeführte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.*

(5) *Als Arzneimittel im Sinne von § 4 (3) MB/KK 2009 gelten auch Harn- und Blutteststreifen sowie bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden und die insbesondere enteral oder parenteral verabreicht werden. Der Versicherer bietet Unterstützung beim Bezug dieser Nährmittel an.*

(6a) *Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.*

b) *Für die Erstattung von Sanatoriumskosten, soweit der Tarif Leistungen hierfür vorsieht, ist Voraussetzung, dass die medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und vom Versicherer anerkannt wird.*

(7) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 (5) MB/KK 2009 ist nicht erforderlich,

- a) wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt bzw. wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Aufnahme und Therapie erfordern, oder
- b) wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, solange dieses Ereignis unabhängig vom eigentlichen Behandlungszweck eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert, oder
- c) wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs handelt, oder
- d) im Falle einer Anschlussheilbehandlung soweit § 5 (7) der Tarifbedingungen dies vorsieht.

(8) Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Satzung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

I

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von 3 Monaten seit

der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) (entfallen)
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

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

II

(1) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1a) MB/KK 2009 gilt nicht bei Kriegsereignissen im Ausland, wenn

- a) für das betroffene Aufenthaltsgebiet keine Reise-
warnung durch das Auswärtige Amt besteht oder*
- b) eine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet erst
während des Aufenthaltes ausgesprochen wird, und
die versicherte Person das Aufenthaltsgebiet un-
verzüglich verlässt oder aus Gründen, die sie nicht
zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Ge-
bietes gehindert wird. Ein solcher Grund liegt z.B.
vor, soweit ein Verlassen des Gebietes nur unter er-
heblicher Gefährdung der eigenen Person möglich
ist.*

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 (1a) MB/KK 2009.

(2) Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird abweichend von § 5 (1b) MB/KK 2009 in der substitutiven Krankenversicherung bei den ersten drei Entziehungsmaßnahmen (ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen bzw. Entziehungskuren) für stoffgebundene Suchterkrankungen geleistet, wenn

- *die stationäre Entziehungsmaßnahme in einer durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger für die jeweilige Entziehungsmaßnahme zugelassenen Einrichtung, oder*
- *die ambulante Entziehungsmaßnahme durch fachlich geeignete Dienste und Einrichtungen erfolgt.*

Keine Leistungspflicht besteht bei Entziehungsmaßnahmen aufgrund von Nikotinsucht.

Bei stationären Entziehungsmaßnahmen ist der Versicherer unabhängig vom versicherten Stationärtarif nur für allgemeine Krankenhausleistungen leistungspflichtig.

Bei der ersten Entziehungsmaßnahme sind 100% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Bei der zweiten und dritten Entziehungsmaßnahme sind 80% der tariflichen Leistung erstattungsfähig. Die verbleibenden 20% sind nach der Beendigung der Maßnahme erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen

Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte.

(3) In Tarifen für ambulante Heilbehandlung wird auch für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort geleistet.

(4) Es besteht auch Anspruch auf Leistungen für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Dies gilt jedoch nicht für die Tarife AE, BISS, CAE, MA, MAN, MAS, MS, MSW, NK, PRIMO, PRIMO M, ZV und ZVH.

(5a) Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zwecke der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

b) Die Kürzungsbefugnis gemäß § 5 (5a) der Tarifbedingungen gilt entsprechend für Entbindungen. Ist ein Elternteil Staatsangehöriger des Aufenthaltslandes, entfällt diese Einschränkung, sofern der Versicherungsnehmer die Staatsbürgerschaft nachweist.

c) Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland, die in der Bundesrepublik Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar gewesen wäre oder für die der Versicherer die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt hat, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen keine Anwendung.

d) Wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, ein ausländisches Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt, findet § 5 (5a) der Tarifbedingungen ebenfalls keine Anwendung.

(6) Die Einschränkung gemäß § 5 (1c) MB/KK 2009 gilt entsprechend für alle anderen in den Tarifbedingungen und im Tarif genannten Leistungserbringer.

(7) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 (1d) MB/KK 2009 gilt nicht bei ambulanter und stationärer medizinisch notwendiger Anschlussheilbehandlung

(AHB). Ein Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht,

- a) wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat oder
- b) für die ersten 3 Wochen einer AHB, welche innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Akutbehandlung beginnt, unter folgenden Voraussetzungen: Die AHB erfolgt in einer Einrichtung, die für die jeweilige AHB von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger anerkannt ist. Sofern ein gesetzlicher Rehabilitationsträger dem Grunde nach leistungspflichtig ist, wird bei diesem vor Beginn der AHB ein Antrag auf Leistungen schriftlich gestellt und beschieden. Soweit dabei Leistungen bewilligt werden, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Werden diese Voraussetzungen aus Gründen, welche die versicherte Person zu vertreten hat, nicht erfüllt, ist der Versicherer nur in Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Abzug der vom gesetzlichen Rehabilitationsträger sonst bewilligten Leistungen verbleiben würden.

Wird in Verbindung mit einer solchen AHB ein Antrag auf Verlängerung gestellt, prüft der Versicherer die medizinische Notwendigkeit. Ist die Verlängerung der AHB medizinisch notwendig, wird eine Leistungszusage für diesen Zeitraum erteilt. Dies gilt gleichermaßen für Anträge auf Folgeverlängerungen.

Ist ein Beginn der AHB innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen (z.B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) oder mangels Verfügbarkeit einer geeigneten Einrichtung nicht möglich, prüft der Versicherer diese Gründe und erteilt eine Leistungszusage für einen späteren Beginn, soweit eine AHB medizinisch notwendig ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

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

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

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

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

II

(1) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Namen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten und die Angabe der einzelnen Leistungen oder der Ziffern der Gebührenordnungen enthalten. Aus Krankenhausrechnungen muss ersichtlich sein, welche gesondert berechenbaren Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden bzw. welche Pflegeklasse aufgesucht wurde.

(2) Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

(3) Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Behandelnden vorgelegt werden.

(4) Besteht nur eine Krankenhaustagegeldversicherung, so genügt eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes mit genauer Krankheitsbezeichnung und Namen der behandelten Person.

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehan-

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in

Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens 5 Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge 2 Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert.

Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

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

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

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

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

II

(1) *Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.*

(2) *Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, zahlen Kinder den Beitrag für die Altersgruppe 0-16 bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu zahlen.*

(3) *Bei jährlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 3% gewährt.*

(4) *Der Versicherungsnehmer kann in den Krankheitskostentariifen für jede versicherte Person bis zum Alter von einschließlich 59 Jahren eine Beitragsermäßigung nach Maßgabe der „Sonderbedingungen für die modifizierte Beitragszahlung“ vereinbaren.*

(5) *Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig. Liegt der Versicherungsbeginn vor Vertragsschluss, ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses fällig.*

§ 8a Beitragsberechnung

I

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

II

(1) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen werden – neben dem nach §§ 149 und 338 VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag für die substitutive Krankenversicherung – der Alterungsrückstellung nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG; siehe Anhang § 150 VAG) zusätzliche Beiträge zugeführt und verwendet.

(2) Als tariflich erreichtes Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung der Beiträge eintritt.

§ 8b Beitragsanpassung

I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren In-

anspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

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

II

Ergibt die Gegenüberstellung gemäß § 8b (1) Satz 2 der MB/KK 2009 eine Veränderung von mehr als 5% der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen, so werden alle Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

In allen Fällen erstreckt sich die Überprüfung und ggf. die Anpassungsnotwendigkeit auch auf die Beiträge für die gemäß § 8 (4) der Tarifbedingungen vereinbarte Beitragsermäßigung.

§ 9 Obliegenheiten

I

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

II

- (1) *Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet (vgl. hierzu jedoch § 4 (5) MB/KK 2009).*
- (2) *Das Einwilligungserfordernis gemäß § 9 (6) der MB/KK 2009 wird auf den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung der privaten Krankenversicherung beschränkt.*

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

I

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leis-

tung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

I

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (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 Abs. 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 Erbrin-

ger von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Abs. 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem

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

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von 2 Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen

an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als 2 Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

II

(1) *Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre.*

(2) *Bei fristgerechter Kündigung gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 endet die Krankheitskostenvollversicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen und der betroffenen versicherten Tarife technisch zum Ende des Monats, in dem die Versicherungspflicht eingetreten ist. Die Regelung gilt entsprechend, wenn für eine versicherte Person infolge Versicherungspflicht kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird.*

Die Beitragsteile, die auf die Zeit ab Eintritt der Versicherungspflicht bis zur technischen Beendigung des Vertrages entfallen, werden zurückgezahlt bzw. bei Weiterbestehen einer Krankenversicherung mit künftigen Beiträgen verrechnet. Der Versicherungsschutz endet dann – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht; hierauf wird der Versicherungsnehmer in der Kündigungsbestätigung vom Versicherer hingewiesen.

(3) *Ein beendeter Versicherungsvertrag kann unter Beibehaltung des ursprünglichen Eintrittsalters und unter Verzicht auf die Einhaltung neuer Wartezeiten wieder in Kraft gesetzt werden, wenn dies innerhalb von 6 Monaten nach seiner Beendigung beantragt und die Wiederinkraftsetzung spätestens nach Ablauf dieses Zeitraumes wirksam wird. Zu diesem Zweck ist ein neuer Versicherungsantrag zu stellen.*

(4) *Die Versicherungspflicht in einem der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten steht der Versicherungspflicht gemäß § 13 (3) MB/KK 2009 gleich.*

(5) *Die Fortsetzung eines gekündigten Versicherungsverhältnisses in Form einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (11) MB/KK 2009 ist spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses zu beantragen. Die Fortsetzung erfolgt in unmittelbarem Anschluss an die bisherige Versicherung.*

(6) *Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes: In Abweichung von § 13 (8) MB/KK 2009 kann der Versiche-*

rungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

(7) Bei Kündigung nach § 13 (3) MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Dabei wird die Alterungsrückstellung der Leistungsbereiche, welche auch in der Zusatzversicherung enthalten sind, im entsprechenden Umfang angerechnet. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer eingehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

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

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten 3 Versicherungsjahre mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gelten § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht in der gesamten Krankheitskostenteilversicherung.

(2) Die Rechte des Versicherers gemäß § 19 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) bei schuldhafter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsschluss bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes. 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 10 Jahre.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 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.

II

(1) In den Tarifen CK, MA, MAN, MAS, MKH, MS, MSW, PRIMO M und ZV endet das Versicherungsverhältnis auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit gemäß Ziffer I des Tarifs. Die versicherten Personen haben das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a (2) MB/KK 2009 berücksichtigt.

Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 (3) MB/KK 2009 bleibt unberührt.

(2) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Urteil zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft vor, dann haben die betroffenen Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner getrennt leben.

(3) Ein Aufenthalt in einem anderen Staat als die in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten mit einer Dauer von maximal 6 Monaten gilt nicht als Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes. Für die Berechnung der Dauer eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen mit eingerechnet.

Wenn keine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorliegt, besteht Versicherungsschutz gemäß § 1 (4) MB/KK 2009 sowie § 1 (3) der Tarifbedingungen.

(4) In der substitutiven Krankenversicherung verpflichtet sich der Versicherer eine anderweitige Vereinbarung nach § 15 (3) MB/KK 2009 zu treffen, wenn dies spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel in einen anderen Tarif vorsehen und beginnt in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis. Zum Erhalt der erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen bei einer späteren Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nach Deutschland kann dabei zusätzlich eine Anwartschaftsversicherung für das bisherige Versicherungsverhältnis vereinbart werden.

(5) Die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 (3) MB/KK 2009 muss spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes beantragt werden.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

I

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

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

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

II

Außergerichtliche Streitbeilegung:

Die HALLESCHE Krankenversicherung a.G. nimmt am Schlichtungsverfahren der Verbraucherschlichtungsstelle „OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung“ teil, die Sie wie folgt erreichen können:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 060222

10052 Berlin

Telefon: 0800/255 04 44

(kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

Telefax: 030/20458931

E-Mail: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Wenn Sie Ihren Vertrag online, beispielsweise über unsere Internetseite, abgeschlossen haben, steht Ihnen die von der Europäischen Kommission eingerichtete Plattform zur Online-Streitbeilegung zur Verfügung. Die Plattform ist unter folgendem Link zu erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

I

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird 2 Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

I

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

I

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

Anhang - Gesetzestexte

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 Abs. 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 Abs. 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.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versi-

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

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

§ 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 Ver-

sicherungsschein 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; Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung in-

soweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz [VAG]

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei [...]

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Abs. 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und [...]

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Abs. 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten

nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 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 gutschreiben, 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 Abs. 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutschreiben. 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 Abs. 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 Abs. 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Abs. 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 Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung 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 Abs. 2 gutzuschreiben.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Abs. 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Abs. 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwenderstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Abs. 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der mo-

natlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 338 Zuschlag in der Krankenversicherung

Ist ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 149 mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauf folgenden Jahre um 2 Prozent, jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlags dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

Lebenspartnerschaftsgesetz [LPartG]

in der bis zum 30. September 2017 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.

Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch [SGB V]

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

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

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

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

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

Tarif Clinic mit exklusiven Service-Leistungen

Wenn ein Krankenhaus-Aufenthalt ansteht, treten häufig Unsicherheiten und Fragen auf. „Ist diese Operation überhaupt notwendig? Gibt es Alternativen? Wo finde ich die beste Klinik für mein Anliegen?“ Bei all diesen Fragen helfen wir Ihnen weiter.

Gesundheitstelefon – Videosprechstunde

Hier arbeiten wir mit unserem langjährigen Partner MD Medicus zusammen. Haben Sie Fragen zu medizinischen Themen bezüglich Ihres Krankenhausaufenthaltes, rufen Sie unser Gesundheitstelefon unter 07 11/66 03–20 00 an. Hier berät Sie medizinisches Fachpersonal täglich 24 Stunden in 25 Fremdsprachen.

Alternativ können Sie einen Termin für die virtuelle Sprechstunde vereinbaren. Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Psychotherapeuten sowie Pflege-Experten stehen Ihnen per Video-Chat von Montag bis Freitag von 8 – 20 Uhr zur Verfügung.

Und so funktioniert's:

1. Gehen Sie auf <https://www.hallesche.de/videosprechstunde>
2. Klicken Sie auf „Jetzt Termin vereinbaren“
3. Bestätigen Sie, den Datenschutzhinweis gelesen zu haben
4. Füllen Sie das Formular aus und geben Sie Ihren Wunschtermin an
5. Sobald ein Termin für Sie reserviert ist, erhalten Sie eine Bestätigungs-E-Mail. Dort finden Sie auch den Link zum Starten der Videoberatung

Spezialistensuche – Besser zum richtigen Arzt mit BetterDoc

Hier arbeiten wir mit unserem Kooperationspartner BetterDoc zusammen. BetterDoc findet für Sie einen der besten Spezialisten Deutschlands: für eine unabhängige Zweitmeinung, eine wirkungsvolle Behandlung oder eine erfolgreiche Operation. Dabei greift der Gesundheitsservice vor allem bei seltenen und komplexen Patientenfällen auf ein Expertengremium aus führenden Fachärzten zurück. Auf Wunsch vereinbart BetterDoc einen Termin beim empfohlenen Spezialisten. Damit erhalten Sie vor Operationen oder bei schwerwiegenden Erkrankungen eine wertvolle Entscheidungshilfe für Ihre weitere Therapie.

Und so funktioniert's:

1. Fragen Sie zunächst bei Ihrer gesetzlichen Kasse nach, ob diese den BetterDoc-Service ebenfalls anbietet
2. Ist dies nicht der Fall, wenden Sie sich an das Gesundheitsmanagement der HALLESCHE: 07 11/66 03–20 55 oder gesundheitsmanagement@hallesche.de
3. Unser Team klärt mit Ihnen einige Fragen bezüglich Ihrer Erkrankung
4. Sie erhalten Ihren persönlichen Code, mit dem Sie den BetterDoc-Service kostenfrei nutzen können
5. Im Anschluss können Sie Ihre medizinische Anfrage bei BetterDoc stellen

Beste Beratung – beste Versorgung – beste Therapie:

- Fachärzte beraten Sie bequem von zu Hause aus per Telefon oder Video-Chat
- BetterDoc nennt Ihnen innerhalb von 48 Stunden 2–3 Fachärzte/Kliniken, die auf die Behandlung Ihrer Erkrankung besonders spezialisiert sind
- BetterDoc organisiert auf Wunsch beim Spezialisten einen Termin zur Behandlung, zur Einholung einer Zweitmeinung oder für eine erfolgreiche Operation

Hinweis: Diese Services entwickeln wir weiter, deshalb können sie sich während der Vertragslaufzeit ändern.