

Antrag auf Abschluss von ergänzendem Versicherungsschutz

- PFLEGEprivat (auch mit staatlicher Förderung)
- AKTIV 55plus

Ihr persönlicher Fachberater

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.

Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Bankverbindung:

DZ Bank AG

Deutsche Zentral-Genossenschaftsbank, Stuttgart

BLZ: 600 600 00, Konto-Nr.: 07501 00000

IBAN: DE72600600000750100000, BIC: GENODESGXXX

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277

Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Roman Glaser

Steuer-Nr.: 90495/35841

Wichtige Informationen für den Antragsteller – bitte zu den Antragsunterlagen nehmen.

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber dem Vorstand der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Gesprächsteilnehmer (vom Vermittler auszufüllen)

Visitenkarte ist durch den Vermittler überreicht worden.

Abweichender Beratungstermin Telefonische Beratung

Anlass der Beratung

Wunsch des Kunden Empfehlung von Sonstiges

Absicherung Kranken- und Pflegeversicherung

Name	Person 01	Status	Person 02	Status	Status 1 = Pflichtvers., 2 = Freiwillig vers., 3 = Familienvers., 4 = Privat vers.
GKV/ PKV	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

Ihr Beratungs- / Absicherungswunsch

Pflegeergänzungsversicherung Monatsbeitrag in Euro

Krankenzusatzversicherung Monatsbeitrag in Euro

Sonstiges

Beratungsinhalte

Leistungen SPV / PPV Versorgungslücken SPV Staatlich geförderte Pflegeversicherung Wartezeiten

Leistungen GKV / PKV Versorgungslücken GKV Sonstiges

Meine Empfehlung (für die u. genannten Personen)

PFLEGEprivat Ergänzungstarif PS

ambulant/stationär

<input type="checkbox"/> Tarif PS3	<input type="text"/> EUR	Werden abweichende Monatsgelder ambulant/stationär empfohlen?	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Tarif PS2	<input type="text"/> EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarif PS1	<input type="text"/> EUR	Wird eine Anwartschaft (AWV) empfohlen?	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Tarif PS0	<input type="text"/> EUR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tarif PSU	<input type="text"/> EUR	Wird eine Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus empfohlen?	Ja	Nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PFLEGEprivat Fördertarif PZ/PZM

Tarif PZ / PZM EUR

AKTIV 55plus

Tarif Top

Tarif Comfort

Tarif Basis

Begründung

Zusätzliche Vorsorge bei Pflegebedürftigkeit Leistung des Pflegegeldes ab Pflegestufe Staatlich geförderte Pflegeversicherung

Zahnersatz-Leistungen in Höhe von % Kurtagegeld Heilpraktiker-Leistungen Sonstiges

Abweichender Wunsch des Kunden

Im Übrigen gelten die Angaben im Antrag.

Verzichtserklärung

Dokumentationsverzicht Beratungs- und Dokumentationsverzicht

Der Kunde erklärt hiermit, dass er auf die Dokumentation der angebotenen fachlichen Beratung und / oder die angebotene fachliche Beratung gemäß § 61 Abs. 2 VVG (entsprechend dem Angekreuzten) verzichtet. Dem Verzichtenden ist bewusst, welche Bedeutung einer Beratung in Versicherungsfragen zukommt und, dass sich der Verzicht nachteilig darauf auswirken kann, zu einem späteren Zeitpunkt Schadenersatzansprüche nach § 63 VVG gegen den Vermittler geltend zu machen.

Ort, Datum	Unterschrift (Vor- u. Zuname) der/des Beratenen	Unterschrift des Vermittlers
------------	---	------------------------------

ANTRAGSTELLER

ANR <input type="text"/>	Name, Vorname <input type="text"/>	Mitglieds-Nr. mhplus (für Tarif PZM) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Vers-Nr. <input type="text"/>
1 = Herr 2 = Frau	Straße <input type="text"/>	Vermittler-Nr. <input type="text"/>
	PLZ <input type="text"/>	ASP <input type="text"/>
	Ort <input type="text"/>	Telefon-Vorwahl <input type="text"/>
		Nummer (freiwillige Angabe) <input type="text"/>
		Adressergänzung <input type="text"/>

VERSICHERUNGS-BEGINN

ZU VERSICHERNDE PERSONEN

Pers.	Vorname (Zuname, wenn anders als beim Antragsteller)	Geburtsdatum	Geschlecht	Ausgeübter Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m. <input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	m. <input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ART UND UMFANG DER VERSICHERUNG für die links aufgeführte(n) Person(en) beantrage ich den Abschluss von

	01 Person	02 Person
Tarif PZ	Monatsgeld in Pflegestufe 3 (für Zulage mind. 600,- EUR) _____ EUR	monatl. Tarifbeitrag (für Zulage mind. 15,- EUR) _____ EUR abzgl. staatl. Zulage - 5,00 EUR zu zahlender Beitrag _____ EUR
	<input type="checkbox"/> Tarif PZM (mhplus-Mitglied)	<input type="checkbox"/> Tarif PZM (mhplus-Mitglied)
		Monatsgeld in Pflegestufe 3 (für Zulage mind. 600,- EUR) _____ EUR
		monatl. Tarifbeitrag (für Zulage mind. 15,- EUR) _____ EUR abzgl. staatl. Zulage - 5,00 EUR zu zahlender Beitrag _____ EUR

a) Summe der zu zahlenden Beiträge Tarif PZ/PZM, Pers.1, Pers. 2: _____

Tarif PS	<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht*			<input type="checkbox"/> Dynamik über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht*		
	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR	Monatsgelder		monatlicher Tarifbeitrag in EUR
	ambulant	stationär		ambulant	stationär	
PS3D	_____ EUR	_____ EUR	_____	_____ EUR	_____ EUR	_____
PS2D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____
PS1D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____
PS0D	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____ EUR <input type="checkbox"/> Option (AWV)	_____
PSU	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		_____	Einmalleistung bei unfallbedingter Pflege		_____
			monatl. Beitrag: _____			monatl. Beitrag: _____

* Wird die Dynamik-Option über Alter 70 Jahre hinaus nicht gewünscht, entfällt das Tarifkennzeichen „D“.

b) Summe der zu zahlenden Beiträge Tarif PS, Pers.1, Pers. 2: _____

Zu zahlender Gesamtbeitrag PFLEGEprivat (a+b): _____

Besteht, bestand oder ist bereits anderweitig eine private Kranken- oder Pflegeergänzungsversicherung beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Person Nr. _____	Gesellschaft / Kasse / SDK _____	von - bis _____	Monatsgeld in EUR _____
--	--	------------------	----------------------------------	-----------------	-------------------------

GESUNDHEITSFRAGEN (Nur bei Abschluss der PS-Tarife zu beantworten)

Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, ist ein Vertragsabschluss für die betreffende Person **leider nicht möglich**. Für die mit * gekennzeichneten Erkrankungen kann jedoch geprüft werden, ob dennoch Versicherungsschutz angeboten werden kann.

1. Besteht bereits Pflegebedürftigkeit (auch wenn noch nicht ärztlich festgestellt), Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung oder wurden jemals Anträge auf Leistungen aus einer privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. Anträge auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung gestellt?

2. Besteht oder bestand innerhalb der letzten 5 Jahre eine der folgenden Erkrankungen? Gehirnblutung, Hirntumor, Hirnleistungsstörungen, Parkinson, Alzheimer, Demenz, Creutzfeld-Jakob, Osteoporose*, Amyotrophische Lateralsklerose, Muskelatrophie, Muskeldystrophie, Knochenmarkinsuffizienz (Aplastische Anämie), Sarkoidose*, Kinderlähmung, Querschnittslähmung, Missbildungen*, Down-Syndrom, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Arteriosklerose / Arterienverkalkung, Koronare Herzkrankheit (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Bypass-Operation, Ischämie), Schlaganfall, Leberzirrhose, Leberfibrose, chronische Hepatitis, chronische Nierenerkrankungen*, Krebs, Diabetes mellitus („Zucker“), psychische Erkrankungen*, HIV-Infektion, rheumatische Erkrankungen, Morbus Bechterew, Lungenemphysem, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Koma, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

Für Person ___ soll / en folgende Erkrankung / en auf Versicherungsfähigkeit geprüft werden:

- Osteoporose Sarkoidose Missbildungen chronische Nierenerkrankungen psychische Erkrankungen

Körpergröße cm
Körpergewicht kg

Person 01		Person 02	
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pers.	01	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)
	02	<input type="checkbox"/> Tarif Basis (WGZ2)	<input type="checkbox"/> Tarif Comfort (WGZ3)	<input type="checkbox"/> Tarif Top (WGZ4)

monatl. Tarifbeitrag _____

Summe der Beiträge **AKTIV 55plus**, Pers.1, Pers. 2: _____

Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne), die noch nicht ersetzt sind oder ist Zahnersatz oder Inlayversorgung notwendig oder vorgesehen? (Für bei Antragstellung fehlende nicht ersetzte Zähne sowie bei vorhandenem Zahnschaden besteht keine Leistungspflicht.)

Person 01		Person 02	
Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mtl. Gesamtbeitrag **AKTIV 55plus + PFLEGEprivat** _____

BEITRAGSAZHLUNG

Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)

Hiermit ermächtige ich die SDK, die Beiträge bis auf Widerruf von dem angegebenen Konto einzuziehen.

Zahlungsweise: monatlich jährlich (z.Zt. 1 % Skonto)
Skonto bei Jahreszahlung gilt nicht für Tarif PZ/PZM.

Konto-Nr. des Antragstellers	BLZ	Bankinstitut	Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
_____	_____	_____	_____

Schlussklärung

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag in der Krankenversicherung innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann. Nähere Einzelheiten zum Widerrufsrecht entnehme ich den „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“ auf der nächsten Seite. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die folgenden „Wichtigen Erklärungen“. Sie sind wichtiger

Bestandteil des Vertrages. Beachten Sie insbesondere auch die Ausführungen zum Vertrag (Zustandekommen, Vertragsdauer, Skonto, Versicherungsbedingungen) in den „Weiteren Hinweisen und Erklärungen“.

Wichtige Erklärungen

Einwilligung zur Bonitätsprüfung

Die SDK hat im Einzelfall ein berechtigtes Interesse, Informationen aus dem Datenkatalog der Schuldnerverzeichnis- und Insolvenzverzeichnisse über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten einzuholen.

Ich entbinde aus diesem Grund im Hinblick auf meine nach § 203 StGB geschützten Daten die für die SDK tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht und willige in eine Bonitätsabfrage ein.

Wichtige Erklärungen für die Beantragung von Tarif PZ/PZM

Ich erkläre, dass ich

- in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert bin und
- derzeit keine Leistungen nach § 123 SGB XI oder als Pflegebedürftige/r Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehe oder in der Vergangenheit bezogen habe und
- das 18. Lebensjahr vollendet habe.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungs- oder Förderfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung, dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Ich erkläre, dass ich bisher keine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherungen abgeschlossen oder beantragt habe.

Ich bevollmächtige den Versicherer unwiderruflich, die Zulagenummer sowie die Zulage selbst bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu beantragen. Dazu willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten vom Versicherer an die ZfA übermittelt werden.

Einwilligung zur Produktinformation

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ein, dass der für mich zuständige Außendienstmitarbeiter meine allgemeinen Kundendaten für die Beratung und Betreuung zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe, zur Beratung in sonstigen Finanzdienstleistungen sowie zum Angebot der mhplus Betriebskrankenkasse nutzen darf.

Einwilligung zur Produktinformation per Telefon/E-Mail (bitte ankreuzen)

SDK-Versicherungsgruppe/Außendienstmitarbeiter:

- Ich bin damit einverstanden, von meinem Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe, dem für mich zuständigen Außendienstmitarbeiter oder einem von meinem Versicherer hierzu beauftragten Unternehmen zu Versicherungsprodukten der SDK-Versicherungsgruppe sowie zum Angebot der mhplus Krankenkasse,
- per Telefon per E-Mail informiert zu werden.

Der Außendienstmitarbeiter kann mich in gleicher Weise auch über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstmitarbeiter betreuten Bankinstituts informieren.

Bankinstitut:

- Ich bin damit einverstanden, dass mich über Finanzdienstleistungen meines vom Außendienstmitarbeiter betreuten Bankinstituts das Bankinstitut zudem selbst
- per Telefon per E-Mail informiert.

Diese Einwilligungserklärungen kann ich jederzeit - ohne Einfluss auf das Vertragsverhältnis - widerrufen.

Übermittlung technischer Daten (nur bei Beantragung von Tarif PZM)

Tarif PZM: Nach den Versicherungsbedingungen endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif PZM bei der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. für Versicherte der mhplus Betriebskrankenkasse mit Ablauf des Monats, in dem deren Versicherungsverhältnis bei der mhplus Betriebskrankenkasse erlischt und wird im Tarif PZ fortgesetzt. Ich willige / wir willigen darin ein, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse in regelmäßigen Abständen Vertragsdaten (z.B. Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer) zum bestehenden Versicherungsverhältnis des Versicherten einander speicherbar übermitteln. Gesundheitsdaten werden nicht übermittelt. Es ist mir / uns bekannt, dass diese Einwilligung eine Voraussetzung für den Vertragsabschluss bei der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich / willigen wir ein, dass die überlieferten Daten von der mhplus Betriebskrankenkasse zum Zweck der Mitgliederberatung und -betreuung genutzt werden dürfen.

PE-/PS-Tarife: Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich / willigen wir ein, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. der mhplus Betriebskrankenkasse Vertragsdaten zum Zweck der Mitgliederberatung und -betreuung durch die mhplus Betriebskrankenkasse speicherbar übermitteln darf.

SDK / mhplus - „Leistungserbringung aus einer Hand“

Tarife PE/PS/PZM: Es ist mir / uns bekannt, dass die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse im Rahmen der „Leistungserbringung aus einer Hand“ eine für den Versicherten vereinfachte und beschleunigte Bearbeitung seiner Leistungsansprüche anbieten. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich/willigen wir ein, dass bei der Leistungsbearbeitung bezüglich der Tarife PE/PS/PZM die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und die mhplus Betriebskrankenkasse einander die erforderlichen Rechnungsbelege, einschließlich der in diesen enthaltenen Gesundheitsdaten, zukommen lassen.

- Ja**, dem Verfahren wird zugestimmt.
- Nein**, dem Verfahren wird nicht zugestimmt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Seiten 1-39 des Antrages richtig und vollständig ausgefüllt, ausgedruckt und mir ausgehändigt wurden.

Bitte beachten Sie: Die Gesundheitsfragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Siehe „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ auf der ersten Innenseite.

Ort, Datum	Unterschrift (Vor- u. Zuname) des Antragstellers und der zu versichernden volljährigen Personen	Unterschrift des Vermittlers
------------	---	------------------------------

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Infopflichtenverordnung und diese Belehrung in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: Antrag@sdk.de . FAX: 0711/5778-333. Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dies ist 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Zustandekommen des Vertrages

Wir prüfen auf der Grundlage Ihrer im Antrag gemachten Angaben die Annahmefähigkeit hinsichtlich der beantragten Tarife und Personen. Liegt Annahmefähigkeit vor, erhalten Sie eine Annahmestätigung bzw. den Versicherungsschein, der dokumentiert, dass der Antrag angenommen und der Vertrag zustande gekommen ist. Mit Ihrem Widerrufsrecht können Sie sich innerhalb einer bestimmten Frist (siehe Ausführungen zum Widerrufsrechts) vom Vertrag lösen.

Informationen zur Vertragsdauer

In der Krankenversicherung wird der Vertrag für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen und verlängert sich stillschweigend um 1 Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als 1. Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Skonto

Die auf der Antragsvorderseite genannte Skontohöhe ist nicht garantiert. Sie kann seitens des Versicherers während der Vertragslaufzeit den Veränderungen des Kapitalmarktes angepasst werden. Ein Skonto wird nur gewährt, wenn die monatlichen Beitragsraten kalenderjährlich im Voraus bezahlt werden.

Versicherungsbedingungen

Es werden folgende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Bestandteil des Vertrages, soweit sie auf den beantragten Versicherungsschutz zutreffen. AVB für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, AVB für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Kundeninformation

Das Antragsheft enthält folgende, fest miteinander verbundene Kundeninformationen:

Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, Antrag, Produktinformationsblatt, Gesetzliche Kundeninformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG, Allgemeine Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (1.518), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519), Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522) sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Widerspruchsrecht nach § 28 Abs. 4 S. 1 BDSG (Werbung)

Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer der SDK-Versicherungsgruppe zum Zwecke der Werbung widersprechen.

Vorläufige Deckungszusage für kurzfristige Auslandsreisen:

Für eine Auslandsreise, die nach Antragsingang bei der SDK und vor Antragsannahme angetreten wird, besteht bereits ab Reiseantritt vorläufiger Versicherungsschutz im Umfang der Leistungen der Tarife WGZ2, WGZ3 und WGZ4 sofern der Versicherungsbeginn nicht später als 14 Tage nach Reiseantritt liegt.

Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
Raiffeisenplatz 5 · 70736 Fellbach · Telefon 0711/5778-0
E-Mail: sdk@sdk.de · www.sdk.de

Eingetragen im Handelsregister beim AG Stuttgart HRB 263277
Vorstand: Dr. Ralf Kantak (Vors.), Rainer Dittrich, Volker Schulz
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Roman Glaser

SDK-VERM-NR.	* NR / NAME / VERMITTLER	*
9 1		S = 1 M = 2
9 1		
9 1	Zusatzinformation zu	
9 1		
DIV X	DIV 4	

DIV/ SONSTIGER VERMITTLER

Name _____

Anschrift _____

Stempel/ Unterschrift der Bank bzw. des ADM

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung* für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Süddeutsche Krankenversicherung a.G. (SDK) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. medizinische Gutachter weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der SDK (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die SDK

Ich willige ein, dass die SDK die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen, z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur soweit sie erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Ich willige ein, dass die SDK – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die SDK übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die SDK an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die SDK tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Ich wünsche, dass mich die SDK in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die SDK einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die SDK einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die SDK konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die SDK konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II: Person 1 Person 2 Person 3 Person 4

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

* Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der SDK

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtenbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die SDK zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die SDK tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder die Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der SDK-Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtenbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.sdk.de eingesehen oder bei dem/der Datenschutzbeauftragten der SDK, Raiffeisenplatz 5 in 70736 Fellbach, Telefon: 0711 5778-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die SDK dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SDK-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die SDK tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die SDK meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort, Datum

Antragsteller/in	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
------------------	----------	----------	----------	----------

Unterschrift Antragsteller/in und volljährige mitzuversichernde Personen

Nur auszufüllen bei Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahren:

Ort, Datum

Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren*

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters**

Hinweise zur Unterzeichnung der Erklärung:

- * Die Unterschrift der minderjährigen Person zwischen 16 und 18 Jahren (frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres) ist im entsprechenden Feld erforderlich, sofern bei dieser Einsichtsfähigkeit vorliegt, d.h. Inhalt und Tragweite der abgegebenen Erklärungen können von der Person selbstständig erfasst werden.
- ** Die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters ist immer zu leisten, sofern ein Minderjähriger zwischen 16 und 18 Jahren mitversichert ist.

Produktinformationsblatt

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, WGZ2, WGZ3, WGZ4

Nachfolgend geben wir Ihnen einen ersten Überblick über den angebotenen Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie, dass die Informationen des Produktinformationsblattes nicht abschließend sind und mit dieser Zusammenstellung kein vollständiger Überblick über den Vertragsinhalt gegeben werden kann. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungs- mit Tarifbedingungen und dem Tarif sowie ggf. weiteren getroffenen Vereinbarungen.

1. Art des angebotenen Versicherungsschutzes

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Bei den unterbreiteten Vorschlägen handelt es sich um eine ergänzende Pflegekrankenversicherung.

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

Bei den unterbreiteten Vorschlägen handelt es sich um einen ergänzenden Krankenversicherungsschutz für gesetzlich Krankenversicherte.

2. Ihr versichertes Risiko

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Die Pflegeergänzungsversicherung sieht bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im vertraglichen Umfang die Zahlung eines monatlichen Pflegegeldes in der vereinbarten Höhe vor.

Tarif PSU

Der Tarif sieht bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe vor, wenn die versicherte Person mindestens der Pflegestufe 1 zuzuordnen ist.

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

Die Krankheitskostenversicherung sieht im vertraglichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen vor.

3. Ihr Versicherungsschutz

Wesentliche und beispielhafte Leistungsmerkmale des angebotenen Krankenversicherungsschutzes entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tarifbeschreibung.

Tarife PZ, PZM

Der Tarif leistet bei Pflegebedürftigkeit ein Pflegemonatsgeld in vereinbarter Höhe und ist staatlich förderfähig. In der Pflegestufe 0 werden 10%, in der Pflegestufe I werden 20%, in der Pflegestufe II werden 30% und in der Pflegestufe III werden 100% des vereinbarten Pflegemonatsgeldes gezahlt. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PZ entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.518/01.13).

Tarif PS0

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS0 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Tarif PS1

Der Tarif leistet, bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS1 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Tarif PS2

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 2 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Tarif PS3

Der Tarif leistet bei ambulanter und/oder stationärer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 3 ein monatliches Pflegegeld in jeweils vereinbarter Höhe. Sofern mindestens Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1 festgestellt wird, wird der Tarif beitragsfrei gestellt. Der Tarif beinhaltet, auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit, bis zum 70. Lebensjahr alle 2 Jahre eine planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PS3 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Tarif PSU

Der Tarif erbringt eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit infolge eines Unfalls, wenn die versicherte Person mindestens der Pflegestufe 1 zuzuordnen ist. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes PSU entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Anwartschaftsversicherung (AWV) Tarife PS0, PS1, PS2

Mit der AWV wird das Recht erworben, die in AWV vereinbarten monatlichen Pflegegelder für ambulante und/oder stationäre Pflege ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen. Die Inkraftsetzung kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres durchgeführt werden. Eine Antragstellung auf Inkraftsetzung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist. Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherer hinsichtlich der in AWV gestellten Pflegegelder leistungsfrei. Die Anwartschaft gilt im gleichen Umfang für in AWV vereinbarte Pflegegelder der um das Tarifkennzeichen „D“ ergänzten Tarifeinheiten. Die Regelungen zur Anwartschaftsversicherung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Dynamikoption über 70 Jahre Tarif PS („D“)

Durch den Abschluss der Option erhält die versicherte Person auch nach Vollendung des 70. Lebensjahres, alle 2 Jahre, ein Angebot des Versicherers zur Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes um 5%. Bei Abschluss dieser Option werden alle versicherten Tarifeinheiten um das **Tarifkennzeichen „D“** ergänzt. Nähere Einzelheiten zur Dynamikregelung entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.519/12.12).

Tarif WGZ2

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind – falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienhöhung vorliegt – Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 20 % des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ2 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/01.13).

Tarif WGZ3

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind – falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienhöhung vorliegt – Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Der Tarif umfasst ein Kurtagegeld in Höhe von 14 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen in Höhe von 30 % des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages. Inlays gelten nicht als Zahnersatz. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krankheiten sowie für Krankenrücktransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ3 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/01.13).

Tarif WGZ4

Der Tarif beinhaltet ergänzende Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die bei Vertragsbeginn mindestens 55 Jahre alt sind. Versichert sind – falls die gesonderte tarifliche Wartezeit erfüllt ist bzw. die erforderliche Dioptrienhöhung vorliegt – Aufwendungen für Brillen/Kontaktlinsen bis zu 170 Euro. Der Tarif umfasst ein Kurtagegeld in Höhe von 14 Euro. Er leistet Aufwendungsersatz für Zahnersatzleistungen einschließlich Inlays in Höhe von 40% des Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages. Versichert sind auch Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der durch diese verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel in Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages. Für diese Leistungen gelten tarifliche Erstattungshöchstgrenzen, die im ersten Kalenderjahr 100 Euro, im zweiten Kalenderjahr 200 Euro und danach jährlich 400 Euro betragen. Versichert ist zudem bei Auslandsreisen der krankheitsbedingte Aufwendungsersatz für einen Aufenthaltszeitraum bis zu 45 Tagen. Bei Auslandsreisen werden, unter Wegfall der sonstigen Wartezeiten des Tarifs, Kosten ärztlicher (auch zahnärztlicher) ambulanter und stationärer Heilbehandlung für im Ausland unvorhergesehen eintretende Krank-

heiten sowie für Krankentransport und Bestattung (im Ausland) / Überführungen erstattet. Nicht im Versicherungsschutz für Auslandsreisen enthalten sind insbesondere Aufwendungen für die Neuanfertigung von Zahnersatz und für Hilfsmittel. Den genauen Leistungsumfang des Tarifes WGZ4 entnehmen Sie bitte der Tarifbeschreibung (1.551/01.13).

4. Beitrag und Fälligkeit

Tarife PZ, PZM

Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag. Er beträgt mindestens 15 Euro (Mindestbeitrag) einschließlich des Zulagenanteils in Höhe von 5 Euro.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Der Beitrag ist grundsätzlich ein Jahresbeitrag, kann aber in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

Bitte beachten Sie, dass sich Ihr individueller Beitrag ggf. durch die Antragsprüfung noch ändern kann.

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig.

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung, insbesondere unter § 9 der MB/GEPV 2013 sowie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter § 8 der MB/EPV 2009.

Ihr Beitrag für den angebotenen Krankenversicherungsschutz beträgt monatlich in EUR:

Eintrittsalter	Tarif WGZ2	Tarif WGZ3	Tarif WGZ4
ab 55	9,47	17,20	35,31

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

Männer und Frauen (Stand 01.01.2013)

Eintrittsalter	Dynamik bis Alter 70 Jahre								Dynamik über Alter 70 Jahre								Tarif PSU je 100 EUR
	Tarif PS3		Tarif PS2		Tarif PS1		Tarif PS0		Tarif PS3D		Tarif PS2D		Tarif PS1D		Tarif PS0D		
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	
	je 100 EUR Monatsgeld								je 100 EUR Monatsgeld								
unter 16	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,08	0,01	0,14	0,01	0,19	0,01	0,04	0,01	0,01
16	0,23	0,17	0,55	0,28	0,74	0,18	0,15	0,06	0,25	0,19	0,60	0,32	0,80	0,19	0,16	0,07	0,02
17	0,24	0,17	0,56	0,29	0,75	0,18	0,16	0,07	0,26	0,20	0,62	0,33	0,82	0,20	0,17	0,07	0,02
18	0,24	0,18	0,58	0,30	0,77	0,19	0,16	0,07	0,26	0,20	0,63	0,34	0,84	0,21	0,17	0,07	0,02
19	0,25	0,18	0,59	0,31	0,80	0,19	0,16	0,07	0,27	0,21	0,65	0,34	0,86	0,21	0,18	0,08	0,02
20	0,25	0,19	0,61	0,32	0,82	0,20	0,17	0,07	0,28	0,21	0,67	0,35	0,88	0,22	0,18	0,08	0,02
21	0,26	0,19	0,62	0,32	0,84	0,20	0,17	0,07	0,28	0,22	0,69	0,36	0,91	0,22	0,19	0,08	0,02
22	0,26	0,20	0,64	0,33	0,86	0,21	0,18	0,08	0,29	0,23	0,71	0,37	0,93	0,23	0,19	0,08	0,02
23	0,27	0,21	0,66	0,34	0,89	0,22	0,18	0,08	0,30	0,23	0,73	0,39	0,96	0,24	0,20	0,08	0,02
24	0,28	0,21	0,68	0,35	0,91	0,22	0,19	0,08	0,30	0,24	0,75	0,40	0,99	0,24	0,20	0,09	0,02
25	0,29	0,22	0,70	0,36	0,94	0,23	0,19	0,08	0,31	0,25	0,77	0,41	1,02	0,25	0,21	0,09	0,02
26	0,29	0,22	0,72	0,38	0,97	0,24	0,20	0,08	0,32	0,25	0,79	0,42	1,05	0,26	0,22	0,09	0,02
27	0,30	0,23	0,74	0,39	0,99	0,24	0,20	0,09	0,33	0,26	0,81	0,44	1,08	0,27	0,22	0,10	0,02
28	0,31	0,24	0,76	0,40	1,02	0,25	0,21	0,09	0,34	0,27	0,84	0,45	1,11	0,28	0,23	0,10	0,03
29	0,32	0,25	0,78	0,41	1,06	0,26	0,22	0,09	0,35	0,28	0,86	0,46	1,15	0,28	0,24	0,10	0,03
30	0,33	0,25	0,81	0,43	1,09	0,27	0,22	0,10	0,36	0,29	0,89	0,48	1,18	0,29	0,24	0,11	0,03
31	0,34	0,26	0,83	0,44	1,12	0,28	0,23	0,10	0,37	0,30	0,92	0,49	1,22	0,30	0,25	0,11	0,03
32	0,35	0,27	0,86	0,45	1,16	0,29	0,24	0,10	0,38	0,31	0,95	0,51	1,26	0,31	0,26	0,11	0,03
33	0,35	0,28	0,89	0,47	1,20	0,30	0,24	0,11	0,39	0,32	0,98	0,53	1,30	0,33	0,27	0,12	0,03
34	0,37	0,29	0,92	0,49	1,24	0,31	0,25	0,11	0,40	0,33	1,01	0,55	1,35	0,34	0,27	0,12	0,03
35	0,38	0,30	0,95	0,50	1,28	0,32	0,26	0,11	0,42	0,34	1,04	0,57	1,39	0,35	0,28	0,12	0,03
36	0,39	0,31	0,98	0,52	1,32	0,33	0,27	0,12	0,43	0,35	1,08	0,59	1,44	0,36	0,29	0,13	0,03
37	0,40	0,32	1,01	0,54	1,37	0,34	0,28	0,12	0,44	0,37	1,12	0,61	1,49	0,37	0,30	0,13	0,03
38	0,41	0,33	1,05	0,56	1,42	0,35	0,29	0,13	0,46	0,38	1,16	0,63	1,55	0,39	0,32	0,14	0,04
39	0,43	0,35	1,08	0,58	1,47	0,37	0,30	0,13	0,47	0,39	1,20	0,65	1,60	0,40	0,33	0,14	0,04
40	0,44	0,36	1,12	0,60	1,53	0,38	0,31	0,14	0,49	0,41	1,24	0,68	1,66	0,42	0,34	0,15	0,04
41	0,46	0,37	1,17	0,63	1,58	0,40	0,32	0,14	0,51	0,42	1,29	0,71	1,72	0,43	0,35	0,15	0,04
42	0,47	0,39	1,21	0,65	1,64	0,41	0,33	0,15	0,52	0,44	1,34	0,73	1,79	0,45	0,36	0,16	0,04
43	0,49	0,40	1,26	0,68	1,71	0,43	0,35	0,15	0,54	0,46	1,39	0,76	1,86	0,47	0,38	0,17	0,04
44	0,51	0,42	1,31	0,71	1,77	0,45	0,36	0,16	0,56	0,47	1,45	0,79	1,93	0,49	0,39	0,17	0,04
45	0,53	0,43	1,36	0,73	1,85	0,46	0,37	0,16	0,58	0,49	1,50	0,83	2,01	0,51	0,41	0,18	0,05
46	0,55	0,45	1,41	0,76	1,92	0,48	0,39	0,17	0,61	0,52	1,56	0,86	2,10	0,53	0,43	0,19	0,05
47	0,57	0,47	1,47	0,80	2,00	0,50	0,40	0,18	0,63	0,54	1,63	0,90	2,18	0,55	0,44	0,20	0,05
48	0,59	0,49	1,54	0,83	2,09	0,53	0,42	0,19	0,66	0,56	1,70	0,94	2,28	0,58	0,46	0,21	0,05
49	0,62	0,51	1,60	0,87	2,18	0,55	0,44	0,19	0,69	0,59	1,77	0,98	2,38	0,60	0,48	0,22	0,05
50	0,64	0,54	1,67	0,91	2,28	0,58	0,46	0,20	0,71	0,61	1,85	1,02	2,49	0,63	0,50	0,23	0,06
51	0,67	0,56	1,75	0,95	2,38	0,60	0,48	0,21	0,75	0,64	1,94	1,07	2,60	0,66	0,53	0,24	0,06
52	0,70	0,59	1,83	1,00	2,49	0,63	0,50	0,22	0,78	0,67	2,03	1,12	2,72	0,69	0,55	0,25	0,06
53	0,73	0,62	1,91	1,05	2,61	0,66	0,52	0,23	0,82	0,70	2,12	1,18	2,85	0,73	0,58	0,26	0,06
54	0,77	0,65	2,00	1,10	2,73	0,69	0,55	0,25	0,85	0,74	2,22	1,24	2,98	0,76	0,60	0,27	0,07
55	0,80	0,68	2,10	1,15	2,86	0,73	0,58	0,26	0,89	0,77	2,33	1,30	3,13	0,80	0,63	0,28	0,07
56	0,84	0,71	2,20	1,21	3,01	0,77	0,60	0,27	0,94	0,81	2,44	1,36	3,29	0,84	0,66	0,30	0,07
57	0,88	0,75	2,31	1,28	3,16	0,81	0,63	0,28	0,98	0,85	2,57	1,44	3,45	0,88	0,70	0,32	0,08
58	0,93	0,79	2,43	1,35	3,32	0,85	0,67	0,30	1,03	0,90	2,70	1,51	3,63	0,93	0,74	0,33	0,08
59	0,98	0,83	2,56	1,42	3,50	0,90	0,70	0,32	1,09	0,95	2,84	1,60	3,83	0,98	0,77	0,35	0,09
60	1,03	0,88	2,70	1,50	3,69	0,95	0,74	0,33	1,15	1,00	3,00	1,69	4,04	1,04	0,82	0,37	0,09
61	1,08	0,93	2,85	1,59	3,89	1,00	0,78	0,35	1,21	1,06	3,16	1,79	4,26	1,10	0,86	0,39	0,10
62	1,14	0,98	3,01	1,68	4,12	1,06	0,83	0,37	1,28	1,12	3,35	1,90	4,51	1,17	0,91	0,42	0,10
63	1,21	1,04	3,18	1,79	4,36	1,13	0,87	0,40	1,35	1,19	3,54	2,01	4,77	1,24	0,96	0,44	0,11
64	1,28	1,11	3,38	1,90	4,62	1,20	0,93	0,42	1,43	1,27	3,76	2,14	5,06	1,32	1,02	0,47	0,12
65	1,35	1,17	3,56	2,01	4,88	1,27	0,98	0,45	1,51	1,34	3,97	2,27	5,35	1,40	1,08	0,50	0,12

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

Männer und Frauen (Stand 01.01.2013)			
Tarif PZ			
Eintrittsalter	je 100 EUR Monatsgeld in Pflegestufe III	Erforderliches Monatsgeld für Förderung	Beitrag in EUR pro Monat
18	1,13	1.330,-	15,03
19	1,15	1.310,-	15,07
20	1,18	1.280,-	15,10
21	1,20	1.250,-	15,00
22	1,23	1.220,-	15,01
23	1,26	1.200,-	15,12
24	1,29	1.170,-	15,09
25	1,32	1.140,-	15,05
26	1,35	1.120,-	15,12
27	1,39	1.080,-	15,01
28	1,42	1.060,-	15,05
29	1,46	1.030,-	15,04
30	1,50	1.000,-	15,00
31	1,55	970,-	15,04
32	1,59	950,-	15,11
33	1,64	920,-	15,09
34	1,69	890,-	15,04
35	1,74	870,-	15,14
36	1,79	840,-	15,04
37	1,85	820,-	15,17
38	1,91	790,-	15,09
39	1,97	770,-	15,17
40	2,04	740,-	15,10
41	2,11	720,-	15,19
42	2,18	690,-	15,04
43	2,25	670,-	15,08
44	2,33	650,-	15,15
45	2,42	620,-	15,00
46	2,51	600,-	15,06
47	2,60	600,-	15,60
48	2,70	600,-	16,20
49	2,81	600,-	16,86
50	2,92	600,-	17,52
51	3,03	600,-	18,18
52	3,16	600,-	18,96
53	3,29	600,-	19,74
54	3,42	600,-	20,52
55	3,57	600,-	21,42
56	3,73	600,-	22,38
57	3,89	600,-	23,34
58	4,06	600,-	24,36
59	4,25	600,-	25,50
60	4,45	600,-	26,70
61	4,66	600,-	27,96
62	4,88	600,-	29,28
63	5,13	600,-	30,78
64	5,39	600,-	32,34
65	5,67	600,-	34,02

Männer und Frauen (Stand 01.01.2013)			
Tarif PZM			
Eintrittsalter	je 100 EUR Monatsgeld in Pflegestufe III	Erforderliches Monatsgeld für Förderung	Beitrag in EUR pro Monat
18	0,97	1.550,-	15,04
19	1,00	1.500,-	15,00
20	1,02	1.480,-	15,10
21	1,05	1.430,-	15,02
22	1,07	1.410,-	15,09
23	1,10	1.370,-	15,07
24	1,13	1.330,-	15,03
25	1,16	1.300,-	15,08
26	1,19	1.270,-	15,11
27	1,23	1.220,-	15,01
28	1,27	1.190,-	15,11
29	1,31	1.150,-	15,07
30	1,35	1.120,-	15,12
31	1,39	1.080,-	15,01
32	1,44	1.050,-	15,12
33	1,48	1.020,-	15,10
34	1,53	990,-	15,15
35	1,58	950,-	15,01
36	1,64	920,-	15,09
37	1,69	890,-	15,04
38	1,75	860,-	15,05
39	1,82	830,-	15,11
40	1,88	800,-	15,04
41	1,95	770,-	15,02
42	2,02	750,-	15,15
43	2,10	720,-	15,12
44	2,18	690,-	15,04
45	2,26	670,-	15,14
46	2,35	640,-	15,04
47	2,44	620,-	15,13
48	2,54	600,-	15,24
49	2,65	600,-	15,90
50	2,76	600,-	16,56
51	2,88	600,-	17,28
52	3,00	600,-	18,00
53	3,13	600,-	18,78
54	3,27	600,-	19,62
55	3,41	600,-	20,46
56	3,57	600,-	21,42
57	3,73	600,-	22,38
58	3,91	600,-	23,46
59	4,09	600,-	24,54
60	4,29	600,-	25,74
61	4,50	600,-	27,00
62	4,73	600,-	28,38
63	4,97	600,-	29,82
64	5,23	600,-	31,38
65	5,51	600,-	33,06

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

Männer und Frauen (Stand 01.01.2013)			
Tarif PZ			
Eintrittsalter	je 100 EUR Monatsgeld in Pflegestufe III	Erforderliches Monatsgeld für Förderung	Beitrag in EUR pro Monat
66	5,97	600,-	35,82
67	6,29	600,-	37,74
68	6,64	600,-	39,84
69	7,01	600,-	42,06
70	7,42	600,-	44,52
71	7,86	600,-	47,16
72	8,34	600,-	50,04
73	8,87	600,-	53,22
74	9,45	600,-	56,70
75	10,06	600,-	60,36
76	10,73	600,-	64,38
77	11,46	600,-	68,76
78	12,25	600,-	73,50
79	13,13	600,-	78,78
80	14,08	600,-	84,48
81	15,10	600,-	90,60
82	16,23	600,-	97,38
83	17,48	600,-	104,88
84	18,89	600,-	113,34
85	20,35	600,-	122,10
86	21,88	600,-	131,28
87	23,50	600,-	141,00
88	25,23	600,-	151,38
89	27,09	600,-	162,54
90	28,99	600,-	173,94
91	30,91	600,-	185,46
92	32,85	600,-	197,10
93	34,83	600,-	208,98
94	36,85	600,-	221,10
95	38,76	600,-	232,56
96	40,49	600,-	242,94
97	41,92	600,-	251,52
98	42,84	600,-	257,04
99	42,84	600,-	257,04
100	42,84	600,-	257,04

Männer und Frauen (Stand 01.01.2013)			
Tarif PZM			
Eintrittsalter	je 100 EUR Monatsgeld in Pflegestufe III	Erforderliches Monatsgeld für Förderung	Beitrag in EUR pro Monat
66	5,81	600,-	34,86
67	6,13	600,-	36,78
68	6,48	600,-	38,88
69	6,86	600,-	41,16
70	7,26	600,-	43,56
71	7,71	600,-	46,26
72	8,18	600,-	49,08
73	8,71	600,-	52,26
74	9,29	600,-	55,74
75	9,91	600,-	59,46
76	10,58	600,-	63,48
77	11,30	600,-	67,80
78	12,10	600,-	72,60
79	12,98	600,-	77,88
80	13,92	600,-	83,52
81	14,95	600,-	89,70
82	16,07	600,-	96,42
83	17,32	600,-	103,92
84	18,73	600,-	112,38
85	20,20	600,-	121,20
86	21,73	600,-	130,38
87	23,34	600,-	140,04
88	25,07	600,-	150,42
89	26,94	600,-	161,64
90	28,83	600,-	172,98
91	30,75	600,-	184,50
92	32,70	600,-	196,20
93	34,68	600,-	208,08
94	36,69	600,-	220,14
95	38,60	600,-	231,60
96	40,33	600,-	241,98
97	41,77	600,-	250,62
98	42,69	600,-	256,14
99	42,69	600,-	256,14
100	42,69	600,-	256,14

Das Eintrittsalter rechnet sich wie folgt: Jahr des Versicherungsbeginns abzüglich Geburtsjahr der zu versichernden Person.

5. Kosten

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, WGZ2, WGZ3, WGZ4

Der Ausweis von Kosten ist für diese Tarife gesetzlich nicht vorgesehen.

6. Leistungsausschlüsse/-einschränkungen

Zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor unberechtigten und nicht kalkulierbaren Leistungsforderungen sind für einige, in der Regel auch subjektiv beeinflussbare Sachverhalte, Einschränkungen vorhanden.

Einige wichtige Leistungsausschlüsse/-einschränkungen sind:

Tarife PZ, PZM

Im Ausland wird das versicherte Pflegemonatsgeld nur dann gezahlt, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung dort ebenfalls Leistungen erbringt. In der Europäischen Union und in Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) sowie der Schweiz ist das regelmäßig der Fall. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter § 6 Abs. 3 MB/GEV 2013.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Keine Leistungspflicht besteht u. a. für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten. Weitere Einzelheiten finden Sie hierzu in § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/12.12).

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

Keine Leistungspflicht besteht u. a. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen, für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder, für Aufwendungen für Heilbehandlungen, soweit diese in einem auffälligen Missverhältnis zu der erbrachten Leistungen stehen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in den §§ 4 und 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/12.12).

7. Obliegenheiten bei Vertragsabschluss

Tarife PZ, PZM

Die Fragen im Antragsformular, die für die Feststellung der Versicherungs- und Förderfähigkeit maßgeblich sind, insbesondere, ob Sie in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind und ob Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden oder früher bezogen worden sind, sind vollständig und wahrheitsge-

mäß zu beantworten. Wenn Sie falsche Angaben machen, kann der Vertrag rückabgewickelt werden, die Zulage ist zurück zu zahlen und es besteht kein Versicherungsschutz.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional, WGZ2, WGZ3, WGZ4

Gemäß § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) haben Sie uns bis zur Abgabe Ihrer auf den Vertragsabschluss gerichteten Erklärung die Ihnen bekannten Gefahrenumstände, die für unseren Entschluss, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Weitere Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht können wir vom Vertrag zurücktreten, kündigen, den Vertrag rückwirkend oder für die Zukunft anpassen oder ihn anfechten und ggf. die Leistung verweigern.

8. Obliegenheiten während der Vertragsdauer

Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages sind von Ihnen bestimmte Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Tarife PZ, PZM

Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Förderfähigkeit führt, insbesondere wenn die gesetzliche Pflegeversicherung nicht mehr fortbesteht, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter §§ 14 und 15 MB/GEPV 2013.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Pflegekrankenversicherung darf nur mit unserer Einwilligung vorgenommen werden. Weitere Informationen finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/12.12).

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

So ist uns beispielsweise der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/12.12).

9. Obliegenheiten im Leistungsfall

Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind ebenfalls Obliegenheiten zu beachten. Einige wichtige Obliegenheiten sind nachstehend aufgeführt:

Tarife PZ, PZM

Bei Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie die Zuordnung zu einer der Pflegestufen nachweisen. Außerdem sind sämtliche Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Ansonsten kann Ihr Anspruch auf Versicherungsleistungen ganz oder teilweise entfallen. Näheres finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegekrankenversicherung, insbesondere unter §§ 14 und 15 MB/GEPV 2013.

Tarife PS0, PS1, PS2, PS3, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Liegt eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich. Ein Nachweis darüber ist dem Versicherer innerhalb der ersten 3 Monate nach Einstufung vorzulegen. Erfolgt der Nachweis später als drei Monate nach der Einstufung werden die Leistungen vom Beginn des Monats erbracht, in dem der Nachweis bei uns eingegangen ist. Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit gemäß Satz 1 vor, hat sich die versicherte Person auf unser Verlangen von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie im § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/12.12).

Tarif PSU

Die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls muss innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/12.12).

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

Zum Beispiel haben Sie als Versicherungsnehmer auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Weitere Informationen hierzu finden Sie in § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/12.12).

10. Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung

Beachten Sie die Verpflichtungen sorgfältig, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind. Ihre Nichtbeachtung kann deshalb auch schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Sie können Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren oder wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen.

11. Versicherungsbeginn, Vertragsdauer und -beendigung

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.

Tarife PZ, PZM, PS0, PS1, PS2, PS3, PSU, Anwartschaft (AWV PS0, PS1, PS2), Dynamik optional

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.

Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung. Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter § 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.518/01.13) sowie unter § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (1.519/12.12) in den Absätzen (1), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. finden Sie unter § 14.

Tarife WGZ2, WGZ3, WGZ4

Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.

Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.

Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen.

Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter § 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (1.522/12.12) in den Absätzen (1), (4) und (5), die Bestimmung über den Kündungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. finden Sie unter § 14.

Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG

Identität des Versicherers und ladungsfähige Anschrift

Ihr Vertragspartner ist die Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart HRB 263277. Dem Vorstand gehören an: Dr. Ralf Kantak (Vorsitzender), Rainer Dittich, Volker Schulz. Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Roman Glaser. Sitz der Gesellschaft: Fellbach.

Weitere Betriebsstätten

Landesdirektion Baden/Pfalz Rehlingstr. 13 79100 Freiburg	Landesdirektion Bayern Willy-Brandt-Platz 3 86153 Augsburg	Regionaldirektion Ravensburg Ludwig-Uhland-Str. 13 88214 Ravensburg
--	---	--

Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich schriftlich – auch per E-Mail: poststelle@bafin.de – an diese Aufsichtsbehörde wenden.

Sicherungsfonds

Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. gehört dem aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Sicherungsfonds an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Anschrift: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Allgemeine Versicherungsbedingungen / wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Für den Versicherungsvertrag gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife:

- Tarifbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und ergänzenden Pflegeversicherung,
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

- in der Krankheitskostenversicherung im tariflichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- in der ergänzenden Pflegekrankenversicherung ein Pflegegeld.

Eine ausführliche Leistungsbeschreibung beinhaltet der Tarif mit den Tarifbedingungen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Ausführungen im Produktinformationsblatt.

Der Versicherer ist bei erstattungsfähigen Versicherungsfällen zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Rechnungsbelege im Original vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht worden sind.

Beitragszahlung / Gesamtpreis

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.

Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der zu versichernden Person(en) und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

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

Die monatliche Beitragsrate in Euro für den angebotenen Krankenversicherungsschutz entnehmen Sie bitte dem Antrag. Unter Ziffer 4. des Produktinformationsblatts finden Sie weitere Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen für die Beitragszahlung.

Gültigkeitsdauer

Die Beitragsberechnung basiert auf dem eingetragenen Versicherungsbeginn. Ändert sich das Jahr des Versicherungsbeginns erhöht sich das rechnungsmäßige Eintrittsalter (= Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr der zu versichernden Person(en)). Das führt im Allgemeinen zu einem höheren Beitrag.

Die Notwendigkeit wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung sowie bei Änderung gesetzlicher Vorschriften die Beiträge neu kalkulieren zu müssen, kann ebenfalls – soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind – zu einer Änderung der Beiträge oder der tariflichen Selbstbehalte führen.

Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Versicherungsantrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) zustande.

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

Widerrufsrecht / Widerrufsfolgen / Besondere Hinweise

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: E-Mail: Antrag@sdk.de / Fax: 0711/5778333 / Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dies ist 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Vertragsdauer / Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird im Allgemeinen für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Eine Ausnahme bilden die Auslands-Krankenversicherung sowie die Krankentagegeldversicherung, für die eine Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr vorgesehen ist.

Das Versicherungsverhältnis kann von Ihnen im Rahmen einer ordentlichen Kündigung mit einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden.

Das Recht für eine außerordentliche Kündigung steht Ihnen z. B. bei Eintritt von Pflichtversicherung, einer Beitragserhöhung aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder einer Beitragsneufestsetzung wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters zu.

Die Regelungen zur Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten sind ausführlich unter Ziffer 10. des Produktinformationsblattes abgehandelt.

Anzuwendendes Recht / Sprache

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist deutsch. Alle Informationen werden ebenfalls in deutscher Sprache erteilt.

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Ombudsmann Krankenversicherung

Sie können sich hinsichtlich der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung mit einer Beschwerde oder Eingabe auch an den Ombudsmann für die private Krankenversicherung wenden. Die Entscheidungen des Ombudsmann haben Empfehlungscharakter. Der Ombudsmann kann in solchen Fällen tätig werden, in denen weder die Aufsichtsbehörde (BaFin) angerufen wurde, noch ein Rechtsstreit gerichtlich anhängig ist. Weitere Informationen über den Ombudsmann sind im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de abrufbar.

Die Postanschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin.

Gerichtliches Verfahren

Trotz der Möglichkeit, Beschwerde beim Ombudsmann einzulegen, können Sie die gerichtliche Klärung einer Meinungsverschiedenheit herbeiführen. Die Tätigkeit des Ombudsmannes ist dann aber ausgeschlossen (siehe vorstehende Ausführungen).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung

1.518/01.13

Stand: 01.01.13

Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2013)

Teil II Tarifbedingungen

Tarif PZ und PZM

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die Vorschriften der §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagennummer für die förderfähige ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagennummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonatsgeld oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn weder Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

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

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1. zu § 4 MB/GEPV 2013 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich kündigt.

2. zu § 4 MB/GEPV 2013 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1.7. eines Jahres bis 30.6. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.6. des betreffenden Jahres.

§ 5 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

1. zu § 5 MB/GEPV 2013 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt,

a) bei Unfällen,

b) wenn für die versicherte Person zusammen mit der Versicherung nach diesen Bedingungen zum gleichen Versicherungsbeginn eine ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PS oder PE beim Versicherer abgeschlossen wird. Wird die ergänzende Pflegeversicherung nach dem Tarif PS oder PE wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht beendet, entfällt die Wartezeit nicht.

2. zu § 5 MB/GEPV 2013 Anrechnung von Wartezeiten

Versicherten, die die beim Versicherer geführten Tarife PS oder PE beenden und im unmittelbaren Anschluss einen Tarif PZ abschließen, wird die in den Tarifen PS oder PE ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach diesen Bedingungen spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde. § 1 bleibt unberührt.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 EUR. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

Zu § 6 (4) MB/GEVP 2013 Dynamisierung

Eine Dynamisierung der Leistungen findet nicht statt.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemontats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemontats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

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

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

1. zu § 9 (1) MB/GEVP 2013 Beitragsrate

Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach diesen Bedingungen beginnt.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 17 (4) MB/GEVP 2013.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrages zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrages, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

2. zu § 9 (2) MB/GEVP 2013 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei späterem Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

3. zu § 9 (4) MB/GEVP 2013 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

§ 10 Beitragsberechnung

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

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

1. zu § 10 (2) MB/GEVP 2013 Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. zu § 10 (2) MB/GEVP 2013 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, für diese Person Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beiträge nach § 12 der Mindestbeitrag gemäß § 9 (1) nicht unterschritten wird. § 13 bleibt unberührt. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

§ 11 Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung

(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

- Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
- Anrechnung auf den Beitrag,
- Erhöhung der Leistung oder

- d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit

Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter den monatlichen Mindestbeitrag von 15 Euro sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegeetagegeld und teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt, mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

1. zu § 17 (1) MB/GEPV 2013 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 4 MB/GEPV 2013.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhezeit nach § 23 beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhezeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit nach Satz 2 vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

2. zu § 17 (7) MB/GEPV 2013 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Zu § 19 MB/GEPV 2013 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurl vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seinen Vertragsteil als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

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

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

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

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

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

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung

Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/GEV 2013) mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein, aber nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden zu diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem

Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Falle der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI.

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Tarifbeschreibung PZ und PZM

1. Monatliches Pflegegeld

Die Leistungen der Tarife PZ/PZM umfassen die Tarifeinheiten PZ0/PZM0, PZ1/PZM1, PZ2/PZM2, PZ3/PZM3.

Zahlung des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes in der Tarifeinheit

PZ0/PZM0 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI)

PZ1/PZM1 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe I

PZ2/PZM2 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe II

PZ3/PZM3 bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III.

Höhe der Leistungen

In der Pflegestufe III beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 600 EUR. In der Pflegestufe II beträgt das Pflegemonatsgeld 30%, in der Pflegestufe I 20% und in der Pflegestufe 0 10% des vereinbarten Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in eine Pflegestufe werden die entsprechenden Feststellungen der inländischen privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

3. Sonderregelung für Mitglieder der mhplus Betriebskrankenkasse

Im Tarif PZM können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei der mhplus Betriebskrankenkasse versichert sind. Die Versicherung nach Tarif PZM endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung und wird unter Berücksichtigung der im Tarif PZM aufgebauten Alterungsrückstellungen im Tarif PZ fortgesetzt.

Der Versicherte hat die Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit der mhplus Betriebskrankenkasse dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 14 SGB XI: Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 SGB XI: Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

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

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

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

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 18 SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

(Absatz 3a tritt am 1. Juni 2013 in Kraft)

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege

befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

- solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
- soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 45a SGB XI: Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

- Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
- Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

- unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
- unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
- tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
- im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
- Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
- Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
- Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
- ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
- zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 123 Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

- Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf
 - Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
 - Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
 - Kombinationsleistungen aus den Nummern und 2 (§ 38) sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.
- Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.
- Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1250 Euro.

§ 126 SGB XI Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 SGB XI: Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung der Pflegestufe dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren, Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private PflegeZusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 VVG 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.

§ 28 VVG: Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 VVG: Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 VVG: Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

- Auszug -

1.519/12.12

Stand: 21.12.12

Teil I Musterbedingungen (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen

Tarif PS

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen.

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

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

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- (6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

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

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

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

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

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

zu § 1 (11) MB/EPV 2009 Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

(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.

1. zu § 2 MB/EPV 2009 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

2. zu § 2 MB/EPV 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1.7. eines Jahres bis 30.6. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.6. des betreffenden Jahres.

3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer bietet, soweit die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflegegeld wegen der Entwicklung der Pflegekosten zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflegegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Bestimmungen für die Erhöhung des Versicherungsschutzes finden grundsätzlich Anwendung. Für die Anpassung entfallen jedoch erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.
- (3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 MB/EPV 2009 Entfall der Wartezeiten

Die Wartezeit entfällt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 MB/EPV 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung erbracht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;

1. zu § 5 c) MB/EPV 2009 Leistungspflicht im Ausland

Die Leistungspflicht kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

- d) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

2. zu § 5 d) MB/EPV 2009 Leistungspflicht bei vollstationärer Behandlung

Abweichend von § 5 d) leistet der Versicherer beim Tarif PS, wenn dieser geschlechtsunabhängig kalkuliert ist, auch während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus und einer stationären Rehabilitationsmaßnahme fort.

- e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

- f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

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

(5) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1. zu § 8 (1) MB/EPV 2009 Beitragsrate

- a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.
- b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen.

Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (4) MB/EPV 2009.

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

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

2. zu § 8 (3) MB/EPV 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei späterem Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungs-

schutzes 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.

3. zu § 8 (5) MB/EPV 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

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

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

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; 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.

1. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Pflegekrankenversicherungstarifen zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

3. zu § 8a (2) MB/EPV 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

(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.

§ 8 b Beitragsanpassung

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

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

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

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

zu § 8b MB/EPV 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vomhundertsatz zu Tarif PE 7,5%, zu Tarif PS 5%. Für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten gilt zu Tarif PE und zu Tarif PS der gesetzliche Vomhundertsatz von 5%.

§ 9 Obliegenheiten

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

1. zu § 9 (1) MB/EPV 2009 Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen.

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

2. zu § 9 (2) MB/EPV 2009 Anzeigepflicht

Auf die Anzeige des Bestehens eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V wird verzichtet.

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

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

3. zu § 9 (6) MB/EPV 2009 Einwilligung bei weiteren Pflegeversicherungen

Das Einverständnis nach § 9 (6) bezieht sich auf weitere Pflegekrankenversicherungen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegeetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

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

1. zu § 13 (1) MB/EPV 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 MB/EPV 2009.

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

2. zu § 13 (6) MB/EPV 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

3. zu § 13 MB/EPV 2009 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

Besteht zu einem geschlechtsunabhängig kalkulierten Tarif PS gleichzeitig ein Tarif PZ/PZM, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen, wenn er hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig werden würde und der Tarif PZ/PZM gleichzeitig ins Ruhen gestellt wird.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

Es besteht keine Leistungspflicht während der Ruhenszeit. Für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle wird erst nach Wiederaufleben der Versicherung gezahlt.

Während der Ruhenszeit sind keine Beiträge zu zahlen.

Der Lauf der in diesen Bedingungen festgelegten Fristen wird nicht unterbrochen.

Die Ruhenszeit endet mit der Beendigung der Hilfebedürftigkeit, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

zu § 14 (1) MB/EPV 2009 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (1) MB/EPV 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) In der Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

zu § 15 MB/EPV 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungs Urteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seinen Vertragsteil als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

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

Tarifbeschreibung PS

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erbringt im Rahmen der vereinbarten Tarifeinheiten und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I: Musterbedingungen MB/EPV 2009, Teil II: Tarifbedingungen) folgende Leistungen:

Monatliches Pflegegeld

Zahlung des für häusliche / teilstationäre Pflege (folgend: ambulante Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes,

Zahlung des für vollstationäre Pflege / Kurzzeitpflege (folgend: stationäre Pflege) vereinbarten monatlichen Pflegegeldes

in der Tarifeinheit

PS0	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 0
PS1	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I
PS2	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II
PS3	bei Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III

Beschreibung der Pflegestufen

– Pflegestufe 0 (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz/ Demenz) liegt vor bei pflegebedürftigen Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, in ihrer Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderungen oder psychischer Erkrankungen aber auf Dauer erheblichen Einschränkungen unterliegen, so dass ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist.

– Pflegestufe I liegt vor bei erheblich pflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

– Pflegestufe II liegt vor bei schwerpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

– Pflegestufe III liegt vor bei schwerstpflegebedürftigen Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Höhe der Leistungen

Das vereinbarte monatliche Pflegegeld darf sowohl für ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III.

Wurde der Tarif PS geschlechtsunabhängig kalkuliert und besteht daneben ein Tarif PZ/PZM, so gilt:

Das in den Tarifen PS und PZ/PZM vereinbarte monatliche Pflegegeld darf zusammen sowohl für die ambulante Pflege wie für die stationäre Pflege in der Pflegestufe 0 nicht höher sein als in der Pflegestufe I, in der Pflegestufe I nicht höher sein als in der Pflegestufe II und in der Pflegestufe II nicht höher sein als in der Pflegestufe III.

Innerhalb einer Pflegestufe darf es für die ambulante Pflege nicht höher sein als für die stationäre Pflege.

Die vorstehenden Regelungen gelten auch, wenn für eine Pflegestufe eine Anwartschaftsversicherung für ambulante Pflege und/ oder für die stationäre Pflege abgeschlossen wird.

Ist innerhalb einer Pflegestufe für die stationäre Pflege ein höheres Pflegegeld als für die ambulante Pflege vereinbart, kann der Versicherer bei stationärer Pflege auch einen Nachweis verlangen, dass die stationäre Pflege von der privaten bzw. sozialen Pflegepflichtversicherung befürwortet wird. Befürwortet die private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung die stationäre Pflege nicht, besteht ein Leistungsanspruch nur in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes. Wird der Nachweis der Befürwortung einer stationären Pflege nicht innerhalb von zwei Monaten nach Aufforderung durch den Versicherer erbracht, besteht während der Dauer der stationären Pflege solange nur Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des für ambulante Pflege vereinbarten Pflegegeldes wie der angeforderte Nachweis beim Versicherer nicht vorliegt. Das höhere Pflegegeld ist dann ab dem Ersten des Monats zu zahlen, der auf den Eingang des Nachweises beim Versicherer folgt.

Zeitpunkt der Leistungserbringung

Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden in Abweichung von § 6 (1) MB/EPV 2009 bereits zu Beginn des Monats erbracht, der auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit folgt. Entsprechendes gilt für die Leistungserbringung bei einer Veränderung der Pflegestufen sowie bei einem Wechsel von der ambulanten Pflege in die stationäre Pflege und umgekehrt. Über die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist ein Nachweis zu erbringen. Erfolgt der Nachweis später als drei Monate nach dieser Einstufung werden die Leistungen vom Beginn des Monats erbracht, in dem der Nachweis beim Versicherer eingegangen ist.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein ärztliches Gutachten.

Liegt bereits eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, ist diese Einstufung für die Festlegung der Pflegestufe in der abgeschlossenen Tarifeinheit maßgeblich. In diesem Fall entfällt die gesonderte ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 9 (1) Teil I MB/EPV 2009.

Liegt keine Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch die inländische private bzw. soziale Pflegepflichtversicherung vor, insbesondere weil der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sich der Versicherte wegen der Einstufung der Pflegebedürftigkeit von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Beauftragung wird in der Regel an einen in Deutschland ansässigen Arzt erfolgen. Dessen Reisekosten ins Ausland und nach Deutschland sind vom Versicherten zu tragen.

Assistanceleistungen

Nach Eintritt des Versicherungsfalls hat die versicherte Person – sofern die Assistanceleistung in Deutschland durchgeführt wird – Anspruch auf:

- Benennung und Vermittlung von Fahrdiensten zu Ärzten und Behörden,
- Organisation einer Essensauslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst (tägliche oder wöchentliche Anlieferung),
- Organisation einer Einkaufshilfe, die die Einkäufe des täglichen Bedarfs und die Arzneimittelbeschaffung erledigt, den Einkaufszettel zusammenstellt und die eingekauften Lebensmittel unterbringt,
- Organisation einer Hilfe, die das Waschen und Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Sortieren und Aufräumen der Wäsche, die Schuhpflege und die Reinigung der Wohnung übernimmt,
- Organisation einer Tag- und/oder Nachtwache zur pflegerischen Versorgung,
- Organisation einer Beratung zum behindertengerechten Umbau von Wohnungen und Kraftfahrzeugen,
- Benennung und Vermittlung des Anschlusses eines Hausnotrufgerätes ggf. auch temporär zur Überbrückung der Zeit bis zu einer stationären Aufnahme,
- Vermittlung von ambulanten Pflegediensten in der Region oder am Wohnort des Versicherten,
- Vermittlung von Plätzen in seniorengerechten Einrichtungen z. B. in Seniorenwohnheimen, Seniorenwohngemeinschaften, betreutem Wohnen, Alten- und Pflegeheimen, Kurzzeitpflegeplätze, Hospizplätze,
- Benennung von europaweiten Adressen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Organisation einer Kinderbetreuung,
- Benennung einer Tierpension bzw. eines Tierheims zur Haustierversorgung,
- Vermittlung einer ärztlichen Beratung im Rahmen der Pflegebedürftigkeit.

Versicherungsschutz besteht nur für die Benennung bzw. Vermittlung, nicht für die Bezahlung der benannten bzw. vermittelten Leistung.

Europageltung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich abweichend zu §§ 1 Abs. 11 und 5 c) MB/EPV 2009 auch auf Pflege in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz. Dementsprechend führt die Verlegung des Wohnsitzes der versicherten Person in einen dieser Staaten in Abweichung zu § 15 Abs. 3 MB/EPV 2009 nicht zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses der versicherten Person.

Einmalzahlung bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit (optional) Tarifeinheit PSU

Zahlung des vereinbarten Einmalbetrags aus der Tarifeinheit PSU, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls erstmals pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden. Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird. Der Anspruch auf die schriftlich geltend gemachte Einmalzahlung ist dann einen Monat nach Eingang des ärztlichen Nachweises beim Versicherer fällig, jedoch nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach dem Unfall.

Der Anspruch auf Einmalzahlung besteht nicht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall verstirbt.

Beitragsbefreiung

Wird eine versicherte Person pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) entfällt für sie die Pflicht zur Beitragszahlung. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Monat, der auf die Einstufung in die Pflegestufe folgt. Sie endet mit Ablauf des Monats in dem Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 0 vorliegt oder keine Pflegebedürftigkeit mehr gegeben ist.

Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres

(1) Der Versicherer erhöht das monatliche Pflegegeld in den versicherten Tarifeinheiten alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns um 5%. Voraussetzung für die Anpassung ist,

- a) dass die versicherte Person das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- b) dass der Versicherungsschutz in allen vereinbarten Tarifeinheiten in den letzten 24 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten monatlichen Pflegegeldes nicht geändert hat.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die Anpassung darf in der Tarifeinheit PS3 nicht zu einer Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes auf über 4500,- Euro führen. Würde sich durch die Anpassung ein höheres monatliches Pflegegeld ergeben, wird dieses auf 4500,- Euro begrenzt. Auch die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 können dann nicht mehr nach dieser Vorschrift angepasst werden.

Der Höchstbetrag kann mit Zustimmung des Treuhänders für Prämienänderungen (§ 12b VAG) der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

(3) Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte monatliche Pflegegeld und wird auf den nächsten vollen Euro aufgerundet. Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge und Ausschlüsse für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend. Der Versicherungsnehmer wird über die Leistungsanpassungen spätestens einen Monat vor deren Wirksamwerden informiert. Die Leistungsanpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach deren Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Macht der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen von seinem Widerspruchsrecht Gebrauch, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen nach dieser Vorschrift.

(4) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags nach Vollendung des 70. Lebensjahres ("D") (optional)

(1) Der Versicherer bietet, wenn die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet hat und das Recht auf künftige Leistungsanpassungen nicht bereits gemäß dem Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 3 letzter Satz erloschen ist, alle 2 Jahre zum Ersten des Monats des Versicherungsbeginns Gelegenheit, das monatliche Pflegegeld um 5% zu erhöhen. Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden, das dem Versicherungsnehmer zum Anpassungszeit-

punkt zugesandt wird. Nimmt der Versicherungsnehmer an drei aufeinanderfolgenden Leistungsanpassungen nicht teil, erlischt der Anspruch auf künftige Leistungsanpassungen.

Die im Abschnitt „Planmäßige Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes und des Beitrags vor Vollendung des 70. Lebensjahres“ unter Absatz 1 b) und unter Abs. 2 aufgeführten Voraussetzungen gelten entsprechend, ebenso die Ausführungen im dortigen Absatz 3 zur Berechnung des Beitrags.

Eine Beitragsbefreiung steht der planmäßigen Erhöhung des monatlichen Pflegegeldes nicht entgegen.

(2) Die vorstehenden Regelungen gelten in Abweichung zu Teil II Tarifbedingungen (3. zu § 2 MB/EPV 2009 Erhöhung des Versicherungsschutzes).

Anwartschaftsversicherung (AWV) (optional)

Abschluss

Der Abschluss einer AWV ist für die Tarifeinheiten PS0, PS1 und PS2 möglich.

Leistungsinhalt

Durch den Abschluss einer AWV wird das Recht erworben, die in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten bei gleichbleibender Höhe des monatlichen Pflegegeldes in Kraft zu setzen. Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherte hinsichtlich der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten leistungsfrei. Ab dem Umwandlungstermin beginnt die Leistungspflicht des Versicherers, die ohne erneute Gesundheitsprüfung alle während der Anwartschaftszeit eingetretenen Krankheiten und Unfallfolgen umfasst.

Der Antrag auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft gestellten Tarifeinheiten kann zum Zeitpunkt der Vollendung des 30., des 35., des 40., des 45., des 50., des 55., des 60. und des 65. Lebensjahres gestellt werden. Umwandlungstermin ist der Erste des Geburtsmonats. Der Antrag ist mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Umstellungstermin zu stellen. Eine Antragstellung ist nicht möglich, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

Beiträge

Die Beiträge für die AWV betragen, sofern keine Versicherung nach Tarif PS vorangegangen ist oder eine solche zu Beginn der Anwartschaft längstens 5 Jahre bestanden hat, 5%, sonst 1% des jeweils für den Versicherten geltenden Beitrages der in Anwartschaft stehenden Tarifeinheit. Ändert sich deren Beitrag, ändert sich der Beitrag der AWV entsprechend.

Ab dem Umstellungstermin sind die dann gültigen Beiträge zu entrichten. Der Beitragsberechnung wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter des Versicherten zugrunde gelegt.

Beendigung

Mit der Umstellung in die in Anwartschaft stehende Tarifeinheit endet die AWV. Wird von dem letztmaligen Recht auf Umstellung kein Gebrauch gemacht oder wird die AWV gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Die AWV endet darüber hinaus zum Ersten des Monats, in welchem bei der versicherten Person Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Anpassung des Versicherungsschutzes an gesetzliche Rahmenbedingungen

Führt der Versicherer aufgrund einer Änderung der gesetzlichen Bestimmungen zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung einen neuen Pflegegeldtarif ein, der die neue Gesetzeslage berücksichtigt, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer ein Angebot auf Umstellung in den neuen Pflegegeldtarif in der bisherigen Höhe des Pflegegeldes unterbreiten. Eine erneute Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Ein Angebot wird nicht unterbreitet, wenn die versicherte Person bereits pflegebedürftig ist.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Die Tarifeinheit PSU kann nicht ohne die Tarifeinheit PS3 bestehen.

Assistance-/Service-Hotline

Unter der Telefonnummer

0711 - 99 52 20 72

gibt der Versicherer im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Pflegetagegeld gerne Auskunft über verschiedene pflegebezogene Dienstleistungen und benennt hierzu auf Wunsch auch Dienstleistungsanbieter.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Der zu versichernde Tagessatz muss mindestens EUR 10,- betragen.

Diese Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/EPV 2009)

Teil II: [Tarifbedingungen](#)

Tarifbeschreibung Krankheitskosten-Zusatzversicherung - Auszug

1.551/12.12

Stand: 01.01.13

Tarife WGZ2/WGZ3/WGZ4

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen – in den Tarifen WGZ2/WGZ3/WGZ4

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,- EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Kurtagegeld – in den Tarifen WGZ3/WGZ4

14,- EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

3. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen – in den Tarifen WGZ2/WGZ3/WGZ4
Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

– Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;

– Wegegebühren des Arztes;

– Operation sowie Assistenz und Narkose;

– Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

– Arznei, Verbands- und Heilmittel;

– stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.
Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;

– den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;

– zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;

– einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;

– beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,- EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 99 52 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

4. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

- im Tarif WGZ2 **20 %** des Rechnungsbetrages,
- im Tarif WGZ3 **30 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als **90 %** des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Inlays gelten nicht als Zahnersatz.

5. Zahnersatz und Heilpraktiker

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

- im Tarif WGZ4 **40 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als **90 %** des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde;

für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie für die vom behandelnden Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel

im Tarif WGZ4 **80 %** des Rechnungsbetrages

höchstens jedoch bis insgesamt 100,- EUR im ersten Kalenderjahr und insgesamt 200,- EUR im zweiten Kalenderjahr. Danach beträgt der Erstattungsbetrag pro Kalenderjahr höchstens insgesamt 400,- EUR.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen der Tarife können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind und mindestens 55 Jahre alt (laufendes Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr) sind.

Die Tarife WGZ2, WGZ3 und WGZ4 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen
In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt bei den Tarifen WGZ2, WGZ3 und WGZ4 der Vomhundertsatz 5 %

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung

1.522/12.12

Stand 21.12.12

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

b) in der Krankenhausstagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhausstagegeld.

(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.

1. zu § 1 (2) MB/KK 2009 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind ohne Altersbegrenzung erstattungsfähig.

2. zu § 1 (2) MB/KK 2009 Hospiz

Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht. Bei einem anderweitigen Leistungsanspruch (z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung) ist der Versicherer nur für die nach der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

(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.

3. zu § 1 (3) MB/KK 2009 Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes

Bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes darf der Erstattungsprozentsatz des Tarifs zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes des Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet, schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß dem jeweiligen Tarif zum Ersten des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass der Versicherungsnehmer diese angezeigt hat, oder zeigt der Versicherungsnehmer diese später als sechs Monate nach Eintritt der Erhöhung an, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsersten im Sinne von Absatz 1 zu ändern.

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

4. zu § 1 (4) MB/KK 2009 Versicherungsschutz im Ausland

a) Bei Auslandsaufenthalten außerhalb Europas besteht bis zu sechs Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

b) Bei längerem Aufenthalt außerhalb Europas kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

c) Für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten innerhalb und außerhalb Europas gilt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (siehe 5. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung) entsprechend.

(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 ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

1. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Vertragsdauer

Der Vertrag wird grundsätzlich für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

2. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 1. Juli eines Jahres bis 30. Juni des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

3. zu § 2 (1) MB/KK 2009 Verminderung des Beihilfebemessungssatzes

Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung, die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gezahlt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder Wegfalls des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem sich der Beihilfebemessungssatz vermindert oder der Beihilfeanspruch entfällt oder zum

Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

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

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

4. zu § 2 (2) MB/KK 2009 Nachversicherung Neugeborener

Das Erfordernis einer dreimonatigen Versicherung beim Versicherer entfällt, wenn beim Übertritt aus einer gleichartigen privaten Krankenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung die bisherige Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat.

Der Versicherungsschutz umfasst im Rahmen der in § 2 Abs. 2 genannten Voraussetzungen und des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

1. zu § 3 (2) b) MB/KK 2009 Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

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

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

2. zu § 3 (4) MB/KK 2009 Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller sechs Wochen – vom Tage des Eingangs des ärztlichen Untersuchungsberichtes beim Versicherer ab gerechnet – an seinen Antrag gebunden.

Der Antragsteller und die mitzuversichernden Personen sind verpflichtet, sich auf eigene Kosten der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von vierzehn Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

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

3. zu § 3 (5) MB/KK 2009 Wartezeiten bei Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung

Das Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf ambulante und stationäre Heilbehandlung wird dem Ausscheiden aus einer gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt.

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

4. zu § 3 MB/KK 2009 Wartezeitermäßigung bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die Laufzeit bisheriger gleichartiger Versicherungen auf sämtliche Wartezeiten angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

1. zu § 4 (1) MB/KK 2009 erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

Wird für einen Tarif oder eine Tarifstufe durch die Mitgliedervertretung die Ausschüttung einer Beitragsrückerstattung beschlossen, so entsteht mit dem Ablauf eines Kalenderjahres ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, wenn die versicherte Person im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif oder dieser Tarifstufe versichert war und in keinem der versicherten Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldtarife Versicherungsleistungen für sie für das abgelaufene Kalenderjahr erbracht worden sind. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung entfällt jedoch, wenn

- a) für die betreffende Person im abgelaufenen Kalenderjahr weniger als zwölf monatliche Beitragsraten fällig waren,
- b) die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr für den Versicherungsvertrag nach einer Mahnung nach § 38 VVG einschließlich der Mahnkosten nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden, bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr die Leistungen des Versicherers nach einer Mahnung von Beiträgen zur Pflichtversicherung ganz oder teilweise geruht haben (§ 193 Abs. 3 u. 6 VVG) bzw. im abgelaufenen Kalenderjahr bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII die Beiträge zur Pflichtversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) und Mahnkosten nach einer Mahnung nicht innerhalb der dort festgelegten Zahlungsfrist gezahlt wurden,
- c) die Versicherung dieser Person oder eine entsprechende Anwartschaftsversicherung oder eine Ruhevereinbarung wegen Wehrpflicht/Zivildienst am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr bestanden hat. Bei Kündigung wegen gesetzlicher Versicherungspflicht oder bei Tod bleibt ein bestehender Anspruch auf Beitragsrückerstattung erhalten.

Maßstab für die Bemessung der Beitragsrückerstattung ist die monatliche Beitragsrate des Tarifs oder der Tarifstufe, aus denen die Beitragsrückerstattung gewährt wird. Als monatliche Beitragsrate gilt 1/12 der für diesen Tarif oder diese Tarifstufe im leistungsfrei gebliebenen Kalenderjahr entrichteten Beiträge. Beiträge zur Anwartschaftsversicherung werden hierbei nicht berücksichtigt. Die Ausschüttungen erfolgen in der zweiten Hälfte des Folgejahres als Auszahlungen oder Gutschriften oder werden als Einmalbeitrag zur dauernden Senkung des Beitrages oder zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter verwendet.

(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.

2. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker

- a) Wegegebühren werden in tarifmäßigem Umfang erstattet, wenn es dem Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich war, den Arzt selbst aufzusuchen. Die Erstattung wird nach der Entfernung des nächst erreichbaren Arztes berechnet.
- b) Für die Dialysebehandlung leistet der Versicherer nach den Tarifen für ambulante Heilbehandlung, soweit die Dialysebehandlung nicht im Rahmen einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung in einem medizinischen Versorgungszentrum

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

4. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Psychotherapie/Ergotherapie

Leistungen für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich der Ergotherapie (Beschäftigungstherapie) werden gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Neben ärztlichen Behandlern können Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, die gemäß § 95 c Sozialgesetzbuch V die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister (Approbation und Fachkundenachweis) erfüllen. Für ergotherapeutische Behandlungen können auch Ergotherapeuten in Anspruch genommen werden.

5. zu § 4 (1 u. 2) MB/KK 2009 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen soweit der Tarif dies vorsieht. Es gelten, außer der Tarif enthält eine andere Regelung, folgende Definitionen:

Zu den Zahnbehandlungen gehören z. B. allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen, Füllungen, Inlays/Onlays, Extraktionen, Wurzelbehandlungen, Parodontosebehandlungen und Behandlungen von Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Zum Zahnersatz gehören z. B. Prothesen, Stützähne, Brücken, Kronen (auch Einzelkronen), Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen).

Im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch erforderliche Leistungen sind ebenfalls erstattungsfähig. Beispielsweise funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, knochenaufbauende Maßnahmen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie chirurgische Leistungen.

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

6. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Arzneimittel / Schutzimpfungen

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte, medikamentenähnliche Nährmittel einschließlich enteraler Ernährung mit Zubehör, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden sowie Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel.

Der Versicherer leistet für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden und nicht ausschließlich aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

7. zu § 4 (3) MB/KK 2009 Heilmittel

Als Heilmittel gelten Hydrotherapie (z. B. medizinische Bäder), Massagen, Kälte- und Wärmetherapie (z. B. Packungen), Inhalationen, mechanische Behandlung, Lichttherapie (z. B. Behandlung mit Ultraviolettlicht), Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlung, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, Schwangerschaftsgymnastik, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.

Aufwendungen für Massagen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen werden über den in der Gebührenordnung für Ärzte festgelegten Gebührenrahmen hinaus bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes erstattet. Sind erstattungsfähige Heilmittel nicht in der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt, werden die Aufwendungen bis zu den beihilfefähigen Höchstsätzen erstattet.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heilberufe (z.B. Masseuren, Logopäden) erbracht werden.

8.1 zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel

- a) Als kleine Hilfsmittel gelten Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker, Bandagen, Korrekturschienen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Fußeinlagen, orthopädische Schuhe, orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gehstützen, Blindenstock.
- b) Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAPGeräte), elektronische Lesehilfen, Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen, Infusionspumpen, Pulsoximeter, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Körperersatzstücke (wie z. B. Epithese, Kunstauge, Kunstglieder), orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschl. Orientierungs- und Mobilitätstraining), Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentratoren).
- c) Leistungen für die unter den Absätzen a) und b) genannten Hilfsmittel werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels.
- d) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel (z.B. Perücken, Haareteile), für Kontroll- und Behandlungsgeräte (z.B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte), für sanitäre Bedarfsartikel (z.B. Massagegeräte, Heizkissen), für den Betrieb von Hör- und Sprechgeräten (z.B. Ersatzbatterien, Ladegeräte) sowie Aufwendungen zur Reinigung von Kontaktlinsen.

8.2 zu § 4 (3) MB/KK 2009 Hilfsmittel (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

Hilfsmittel können gekauft oder vermietet werden.

- a) Als kleine Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen bis zu 500,- Euro. Brillen oder Kontaktlinsen einschließlich der Refraktionsbestimmung durch Optiker gelten, unabhängig vom Rechnungsbetrag, als kleines Hilfsmittel.
- b) Als große Hilfsmittel gelten Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen über 500,- Euro. Gemietete Hilfsmittel gelten, unabhängig von der Miethöhe, als große Hilfsmittel. Erstattungsfähig sind die Mietkosten.
- c) Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr je einmal gezahlt. Mietkosten können auch in Teilbeträgen, z.B. monatlich, abgerechnet werden. Als Leistung gilt auch die Reparatur eines Hilfsmittels. Reparaturen und Zubehör werden wie das zugrunde liegende Hilfsmittel erstattet.
- d) Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel mit geringem therapeutischen Nutzen (z.B. Applikationshilfen für Wärme und Kälte), Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (z.B. Laufband, Crosstrainer), Kontroll- und Behandlungsgeräte (z.B. Inhaliergeräte, Blutdruckmessgeräte) sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen). Dasselbe gilt für Aufwendungen für die Pflege und Reinigung von Hilfsmitteln (z.B. Pflegemittel) und die Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien.

Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung, so ist der Versicherer nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Vorleistung notwendig sind.

9. zu § 4 (1-3) MB/KK 2009 Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

Erstattungsfähig sind die infolge eines Unfalls oder medizinischen Notfalls angefallenen notwendigen Transportkosten zum oder vom Arzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten eines Hin- und Rücktransports vom oder zum Wohnsitz des Versicherten zur Dialysebehandlung, zur Chemo- oder Strahlentherapie. Wird der Versicherte mit einem privaten Personenkraftwagen befördert, sind die Transportkosten nach Satz 1 und 2 in Höhe von EUR 0,30 pro Kilometer erstattungsfähig.

10. zu § 4 (1-3) MB/KK 2009 nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- a) für Pflegepersonal, Desinfektionen sowie für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke;
- b) für Nähr- und Stärkungsmittel (auch sexuelle), auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind, für Weine, Tees, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
- c) für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

(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.

11. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Leistungen für die Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr

Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt.

12. zu § 4 (4) MB/KK 2009 Vor- und nachstationäre Behandlung

Die Kosten einer vor- und nachstationären Heilbehandlung im Sinne von § 115 a Abs. 1 u. 2 Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang) werden im tarifmäßigen Umfang erstattet.

13. zu § 4 (4) MB/KK 2009 teilstationäre Heilbehandlung

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

(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.

14. zu § 4 (4-5) MB/KK 2009 stationäre Heilbehandlung

Die Transportkosten mit einem je nach Lage des Falles angemessenen Transportmittel zum und vom Krankenhaus übernimmt im Rahmen des im Leistungstarif festgelegten Höchstsatzes der Versicherer, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, diese ärztlicherseits bescheinigt wird und wenn öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnten. Die Transportkostenerstattung wird nach der Entfernung bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus berechnet.

Für die Benutzung des eigenen Personenkraftwagens oder eines Personenkraftwagens des Ehegatten, der Eltern und Kinder erfolgt keine Erstattung.

15. zu § 4 (5) MB/KK 2009 gemischte Krankenanstalten

Der Versicherer kann sich auf die fehlende Leistungszusage gemäß § 4 (5) MB/KK 2009 nicht berufen, wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, wenn es sich um eine Notfallweisung handelte, wenn die Krankenanstalt die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war oder wenn während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

16. zu § 4 (1-5) MB/KK 2009 Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt

Als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch.

17. zu § 4 (1-5) MB/KK 2009 betragsmäßige Festlegungen

- a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z.B. Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person und Kalenderjahr. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduzieren sich die Beträge für jeden nicht versicherten Monat um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern sich die Beträge nicht.
- b) Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- c) Der Vorstand kann zur Vermeidung unbilliger Härten über die tarifmäßigen Erstattungen hinaus Mehrleistungen gewähren.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch 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;

1. zu § 5 (1) a) MB/KK 2009 Kriegsereignisse im Ausland

Abweichend von § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009 wird für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, geleistet, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

2.1 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen

aa) Für eine erstmalige stationäre Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird geleistet, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat.

ab) Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Unabhängig von dem für stationäre Behandlung vereinbarten Krankheitskostentarif sind nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Das Krankenhaus muss zudem im Landeskrankenhausplan aufgenommen sein.

ac) Berechnet das Krankenhaus die Aufwendungen nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPIfV), werden die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Pauschalpflegesatzes (inkl. Arztleistungen, Heilmittel, sonstige Nebenleistungen etc.) erstattet. Berechnet das Krankenhaus neben dem Tagessatz zusätzlich Arzt- bzw. Heilmittel- oder sonstige Nebenkosten, wird der Erstattungsbetrag um einen Selbstbehalt von 20 % der Gesamtkosten gekürzt.

ad) Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

2.2 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen (Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen)

aa) Für bis zu drei ambulante oder stationäre Entziehungsmaßnahmen in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, wird geleistet, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat.

ab) Die Absätze ab), ac) und ad) aus 2.1 zu § 5 (1) b) MB/KK 2009 Entziehungsmaßnahmen gelten entsprechend.

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

3. zu § 5 (1) d) MB/KK 2009 Anschlussheilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung, wenn und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftliche zugesagt hat. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass sich die Behandlung innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt.

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

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;

4. zu § 5 (1) e) MB/KK 2009 ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort, nicht aber für Kur- und Sanatoriumsbehandlung (vgl. § 5 (1) d) MB/KK 2009).

f) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

g) 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.

5. zu § 5 MB/KK 2009 Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Liquidation, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

1. zu § 6 (1) MB/KK 2009 Leistungsunterlagen

a) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Urschriften gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und Bezeichnung der Krankheit. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.

b) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung einzureichen.

(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.

2. zu § 6 (6) MB/KK 2009 Krankenausweis

Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1. zu § 8 (1) MB/KK 2009 Beitragsrate

a) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

b) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Von dem auf Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gelten „Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler“ oder es ist der Beitrag für erwachsene Mitglieder mit dem Eintrittsalter 16 Jahre zu zahlen. Diese Beitragsänderungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 (5) MB/KK 2009.

o) Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen sind in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mitversichert (vgl. aber § 5 (3) MB/KK 2009).

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

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

2. zu § 8 (4) MB/KK 2009 Fälligkeit Erstbeitrag

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

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

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

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

(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.

3. zu § 8 (7) MB/KK 2009 Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung EUR 1,50. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z.B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

(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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei 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 Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

1. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

2. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Deckungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes jährlich zugeschrieben und verwendet.

3. zu § 8a (2) MB/KK 2009 Zuzahlung von Einmalbeiträgen

Der Versicherungsnehmer hat nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten jederzeit das Recht, Einmalbeiträge zur dauernden Senkung der Beiträge einzuzahlen. Dieses Recht beschränkt sich auf Tarife der Krankheitskostenversicherung, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird und darf nur insoweit ausgeübt werden, als unter Berücksichtigung der Beträge gemäß Ziffer 2 der niedrigste Erwachsenenbeitrag nicht unterschritten wird. Auch bei Wechsel in einen anderen Tarif oder eine andere Tarifstufe bleibt der Nachlass grundsätzlich erhalten.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertssatz, 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 wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

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

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

zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung

Für den Vergleich der Versicherungsleistungen beträgt der tariflich vereinbarte Vorhundertssatz 7,5%, für den Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeit gilt der gesetzliche Vorhundertssatz von 5%.

§ 9 Obliegenheiten

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

zu § 9 (1) MB/KK 2009 Verzicht auf Anzeige der Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

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

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der

Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

1. zu § 13 (1) MB/KK 2009 Versicherungsjahr und Vertragsdauer

Vergleiche dazu die Ziffern 1 und 2 zu § 2 (1) MB/KK 2009.

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

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

2. zu § 13 (3) MB/KK 2009 Ruhen der Rechte und Pflichten

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtver-

sicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhezeit fallen. Vom Ende der Ruhezeit an werden die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle gezahlt, die während der Ruhezeit eingetreten sind. Erstattet werden die für Behandlung nach Beendigung des Ruhens entstehenden Kosten.

Krankenhaustagegeld wird für die Krankenhausbehandlung nach Beendigung des Ruhens gezahlt.

Abgesehen von der Ableistung der Wehrpflicht oder des Zivildienstes ist bei einer Unterbrechung des Versicherungsverhältnisses von mehr als sechs Monaten der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erforderlich.

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

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

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

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

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf den neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

(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.

3. zu § 13 (10) MB/KK 2009 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

(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.

4. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Anwartschaftsversicherung nach Kündigung

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wirksamwerden der Kündigung für den Zeitraum ab deren Wirksamwerden zu stellen.

5. zu § 13 (11) MB/KK 2009 Umwandlungsoption bei Krankenversicherungspflicht

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn der Umstellungsantrag innerhalb von drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der bisherige sein.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

zu § 14 (1) und (2) MB/KK 2008 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

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

zu § 15 MB/KK 2009 Trennung von Vertragsteilen

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, dann hat jeder Ehegatte das Recht, seine Vertragsteile als selbständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 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) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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 Krankheitskosten-vollversicherung 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

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistung dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 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.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

Merklblatt zur Datenverarbeitung

0.024/06.13

Stand 01.06.2013

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragsstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören z. Z. folgende Unternehmen an:

- Süddeutsche Krankenversicherung a.G.,
- Süddeutsche Lebensversicherung a.G.,
- Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.

Daneben arbeitet unsere Süddeutsche Krankenversicherung a.G. zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Sachversicherungen, Bausparverträge) mit den Volks- und Raiffeisenbanken sowie der Bausparkasse Schwäbisch Hall zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen

Folgende Liste beinhaltet die Stellen und Kategorien von Stellen (sowie ggfs. die dazugehörige Firmenadresse), die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder einfache personenbezogene Daten, die nach § 203 StGB geschützt sind, für die SDK-Versicherungsgruppe erheben, verarbeiten oder nutzen. In den Klammern sind die entsprechenden übertragenen Aufgaben festgehalten.

Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand“), Orga Gesellschaft für automatische Datenverarbeitung mbH, zur Gießerei 24, 76227 Karlsruhe (Auslandszahlungen), PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versichertenkarte), Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung für die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G.), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

Die aktuelle Liste kann auf www.sdk.de eingesehen werden.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.