

Versicherungsbedingungen

Tarife mit Tarifbedingungen für Krankheitskostenvollversicherte

Stand: 01.01.2022

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Inhalt:

	Seite
1. Tarife mit Tarifbedingungen (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren	3
2. Besondere Bedingungen	60
3. Pflegeversicherung	62
4. Datenschutzhinweise und sonstige Informationen	87
5. Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg	90

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
Tarif ECONOMY-U	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung	3
Tarif COMFORT-U	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung	9
Tarif PREMIUM	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und jährlicher absoluter Begrenzung sowie mit einer garantierten Beitragsrückerstattung	14
Tarif BUSINESS	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit absoluter Selbstbeteiligung und Pauschalleistung	23
Tarif COMFORT-MED	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung – „Ärztetarif“	30
Tarif PREMIUM-MED	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligungen je Leistungsposition und jährlicher absoluter Begrenzung sowie einer garantierten Beitragsrückerstattung – „Ärztetarif“	36
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		45
Tarif SP	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	46
Tarif AV-P1	Optionstarif	48
Tarif KHT	Krankenhaustagegeld	49
Tarif KS-U	Kurkostenversicherung	50
Tarif KS1-U	Kurtagegeldversicherung	51
Tarif V-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V-U	53
Tarif VA-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA-U	56
Tarif ANV, ANV-U, AWVA und AWVA-U	Anwartschaftsversicherung	60
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		60
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		61
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		62
Tarif PV	Pflegepflichtversicherung	62
Pflegehilfsmittelverzeichnis		67
Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung		71
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)		72
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten		73
Tarif PZ-U	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach Tarif PZ-U	73
Tarif PG-E	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung nach Tarif PG-E	77
Tarif PG	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pfl egetagegeldversicherung nach Tarif PG	80
Tarif PG-C	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeeinmalleistungsversicherung nach Tarif PG-C	85
Datenschutzhinweise und sonstige Informationen		87
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg		90

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif ECONOMY-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch

- medizinisch notwendige Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 2 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Die Behandlung muss in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Kosten für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Sehhilfen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Für die ersten 20 Sitzungen werden die Kosten ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, darüber hinaus ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherten zur Prüfung vorgelegt werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherte ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten verschreibungspflichtige Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie kosmetische Mittel.

Präparate und Mittel für die parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

8. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

9. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherte verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und die zu erwartende Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

10. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 200,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

12. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

13. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte niedriger Risikoklasse handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 139 e SGB V (siehe Anhang)* aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Anbieter nach § 134 SGB V (siehe Anhang)* als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung spätestens erforderlich.

Der Versicherte ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

14. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 7 für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren –, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Weitere Voraussetzungen sind, dass

- eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherte dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

15. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

16. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Regelhöchstbeträgen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 60 %;
- sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen mit 60 %;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik und oralen Implantaten ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen zur Hälfte erbracht.

Die Kosten für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik und orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen werden bis zu 3.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, reduziert sich der Betrag für dieses Jahr um 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nach diesem Tarif nicht bestanden hat. Für zahnärztliche Leistungen infolge eines Unfalls entfällt die Leistungsbegrenzung in Höhe von 3.000,- Euro für diesen Versicherungsfall. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

2. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik und orale Implantate nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Regelhöchstbeträgen.

- Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschl. Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.
- Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstbeträgen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und

- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 14 erstattet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht, mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1, Abs. I 12 und Abs. I 14 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 10,- Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- häusliche Behandlungspflege nach Abs. I 5 maximal 10,- Euro je Behandlungstag durch geeignete Pflegefachkräfte.
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach Abs. I 6 maximal 10,- Euro je Behandlungstag.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 7 sowie Impfstoffe nach Abs. I 11 maximal 10,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 8 maximal 10,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 9 maximal 50,- Euro je Hilfsmittel.
- digitale Gesundheitsanwendungen nach Abs. I 13 maximal 10,- Euro je Verordnung.
- Krankentransporte nach Abs. I 15 und Abs. III 8 maximal 10,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Fahrten zu und von einer ärztlichen Behandlung nach Abs. I 15 dritter Spiegelstrich.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 10,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1, Abs. III 2 und Abs. III 6 maximal 10,- Euro je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,

2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

G) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif COMFORT-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch

- medizinisch notwendige Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psycho-

therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 2 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Die Behandlung muss in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehan-

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

delte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Sehhilfen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Für die ersten 30 Sitzungen werden die Kosten ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, darüber hinaus ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührenziffern und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondenernährung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

8. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

9. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

10. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungenlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

12. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

13. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte niedriger Risikoklasse handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 139 e SGB V (siehe Anhang)* aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Anbieter nach § 134 SGB V (siehe Anhang)* als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung spätestens erforderlich.

Der Versicherer ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

14. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 7 für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren –, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Weitere Voraussetzungen sind, dass

- eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

15. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

16. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten fünf Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro

- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen nach Satz 1 je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000,- Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das sechste Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen nach Nr. 1 und 2 zur Hälfte erbracht.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes. Erstattet werden auch

die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfegebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 14 erstattet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1, Abs. I 12 und Abs. I 14 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 20,- Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- häusliche Behandlungspflege nach Abs. I 5 maximal 20,- Euro je Behandlungstag durch geeignete Pflegefachkräfte.
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach Abs. I 6 maximal 20,- Euro je Behandlungstag.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 7 sowie Impfstoffe nach Abs. I 11 maximal 20,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 8 maximal 20,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 9 maximal 50,- Euro je Hilfsmittel.
- digitale Gesundheitsanwendungen nach Abs. I 13 maximal 20,- Euro je Verordnung.
- Krankentransporte nach Abs. I 15 und Abs. III 8 maximal 20,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Fahrten zu und von einer ärztlichen Behandlung nach Abs. I 15 dritter Spiegelstrich.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1, Abs. III 2 und Abs. III 6 maximal 20,- Euro je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif PREMIUM

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

G) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für bis zu zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i.V.m. Buchstabe a) sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen der nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten oder in die Schweiz (vgl. Abs. 1) verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind. Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt. Der Versicherer wird im Rahmen dieser Vereinbarung einen zum Beantragungszeitpunkt angemessenen Beitragszuschlag erheben und ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen. Bis zum Ablauf der Befristung kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person die Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes beantragen, sofern sich die versicherte Person weiterhin in einem nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staat oder der Schweiz aufhält.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Antrages und schließt mit dem Versicherungsnehmer eine erneute Vereinbarung zu den Bedingungen nach den Sätzen 2 bis 5 ab. Stellt der Versicherungsnehmer keinen Verlängerungsantrag für die versicherte Person, endet die Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes und das Versicherungsverhältnis setzt sich nach Maßgabe von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 fort.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück in die Bundesrepublik Deutschland endet die getroffene Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes einschließlich des zuvor vereinbarten Beitragszuschlages.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten

Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz, Hochschulambulanz oder Bereitschaftspraxis sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 3 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat. Die schriftliche Zusage wird erteilt, wenn

- keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und
- die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird.

Die Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren sind nicht erstattungsfähig, wenn

- Ansprüche der versicherten Person gegenüber anderen Kostenträgern bestehen aber nicht geltend gemacht werden oder

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

- die Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen bis einschließlich Alter 15
- Jugendliche sind Personen von Alter 16 bis einschließlich Alter 20
- Erwachsene sind Personen ab Alter 21

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

5. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel, Sehhilfen, Impfstoffe für Schutzimpfungen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

8. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten ärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der GOÄ.

2. Ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als vier Wochen liegen.

3. Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr sind 80 % der Kosten erstattungsfähig.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von approbierten Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis bzw. in Einrichtungen nach Abschnitt A 1 d und Abschnitt A 1 e – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i.V.m. § 2 GOÄ (siehe Anhang)* erstattet.

4. Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und
- durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese erforderlich, aber nicht ausführbar ist und

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

- die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet ist und
- die Soziotherapie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird.

Die Kosten für Soziotherapie sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

5. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

6. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebÜH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebÜH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

7. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

a) Behandlungspflege

Als Behandlungspflege gelten medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit ausgerichtet sind.

Die Kosten für Behandlungspflege sind erstattungsfähig, wenn

- eine stationäre Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder durch die Behandlungspflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege).

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Behandlungspflege setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- die Behandlungspflege ärztlich verordnet ist und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

b) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Als Grundpflege gelten Grundverrichtungen des tägli-

chen Lebens (z.B. Ernährung, Körperpflege). Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (z.B. Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung).

Die Kosten für Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung sind für die Dauer von bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, jedoch insgesamt nicht mehr als vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig, wenn

- die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Krankenhausvermeidungspflege zusammen mit Behandlungspflege ärztlich verordnet sind oder
- sich die versicherte Person wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, vorübergehend nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann (Unterstützungspflege); die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen als Unterstützungspflege ärztlich verordnet sein.

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

Die Kosten für hauswirtschaftliche Versorgung sind nur erstattungsfähig, wenn gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist.

Die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird, und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

9. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badeszusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z.B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

10. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).

11. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme für Heimdialyse).

Erstattungsfähig sind die Kosten für ein Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Aufwendungen für Hörgeräte (apparative) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis zu 1.500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z.B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen).

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen (gilt nicht für Hörgeräte nach Abs. 6 Satz 1). Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung bezogen, wird die über 1.000,- Euro hinausgehende tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen),

- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

12. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

13. Refraktive Chirurgie

Kosten für augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen werden innerhalb der ersten zwei Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis zu 400,- Euro je Auge erstattet. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr. Nach Ablauf der ersten zwei Kalenderjahre werden je Versicherungsfall bis zu 2.500,- Euro je Auge erstattet.

14. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO)

- als Standardimpfung,
 - als Indikationsimpfung,
 - als Reiseschutzimpfung oder
 - aus beruflichen Gründen
- empfohlen werden.

Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe erstattet.

15. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

Die Kosten für darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu 500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

16. Sozialpädiatrische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen (sozialpädiatrische Leistungen) in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V (siehe Anhang)*, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die versicherte Person aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten niedergelassenen Ärzten behandelt werden kann und
- die sozialpädiatrischen Leistungen ärztlich verordnet sind.

Die Kosten für sozialpädiatrische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die die jeweilige Einrichtung mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart hat.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

17. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung nach Abschnitt B III 1 erbracht werden und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen ärztlich verordnet sind und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt werden.

Die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch einen approbierten Arzt durchgeführt werden, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von zwölf Wochen erstattet.

18. Medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten

Erstattet werden die Kosten für ärztliche Leistungen der Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) nach der jeweils gültigen amtlichen GOÄ.

19. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber die Voraussetzungen nach Abs. 1, Spiegelstriche 1, 3 und 4 erfüllen, werden zu 80 % bis maximal 1.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z.B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

20. Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind die Kosten einer Haushaltshilfe, sofern der versicherten Person nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushalts

- wegen Schwangerschaft und Entbindung oder
- im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder eine stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahme

vorübergehend nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die ärztliche Bescheinigung nach Satz 1 muss zudem Angaben über Beginn, Ende und Umfang (Tätigkeiten, Häufigkeiten) der erforderlichen Haushaltshilfe enthalten.

Die durch Rechnungsbelege nachgewiesenen Kosten einer Haushaltshilfe werden bis zu 20,- Euro je Stunde und 80,- Euro je Tag für insgesamt bis zu 28 Tage je Kalenderjahr erstattet.

Die Kosten einer Haushaltshilfe sind nicht erstattungsfähig, wenn

- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach Nr. 7 besteht oder
- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht oder
- eine Person die Haushaltshilfe übernimmt, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

21. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 9 für maximal

- drei Versuche der Insemination und
- drei Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder drei Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschließlich der dabei erforderlichen IVF (IVF / ICSI).

Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sind erstattungsfähig, wenn

- die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und
- bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Bestehen Ansprüche des bei der Continentale Krankenversicherung a.G. nicht versicherten Partners auf Leistungen der künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft bei anderen Kostenträgern (z.B. deutsche gesetzliche Krankenversicherung oder private Krankenversicherung), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Die Vorleistung der anderen Kostenträger ist auf den Kostenbelegen nachzuweisen. Wenn der Leistungsanspruch gegenüber den zuvor genannten Kostenträgern nicht oder nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif für die Behandlungskosten des nicht versicherten Partners.

Die in Satz 1 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat.

22. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der ambulanten Operation in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

23. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*, für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %;
- Heil- und Kostenpläne mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate

und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten sechs Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro
- in den ersten sechs Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 10.000,- Euro

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000,- Euro betragen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die über 2.000,- Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes nach Nr. 1 erstattet.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ, einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stützähne sowie Material- und Laborkosten inkl. Verblendungen.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

Erstattet werden die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen.

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOÄ bzw. GOZ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die stationäre Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung der Personengruppe der Kinder (vgl. Abschnitt A 3) angehört, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden maximal für die in Abschnitt B I 21 genannte Anzahl der aufgeführten Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen erstattet.

Die in Abschnitt B I 21 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege), wenn

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Abschnitt B I 7 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.

Die stationäre Kurzzeitpflege ist in zugelassenen Einrichtungen nach § 132 h SGB V (siehe Anhang)* oder in anderen von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Einrichtungen zu erbringen.

Erstattet werden die Kosten der stationären Kurzzeitpflege bis zu der in § 39 c Satz 2 SGB V i.V.m. § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang)* genannten Leistungsdauer und Leistungshöhe.

8. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlungen erbracht werden, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person oder eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz ärztlich verordnet ist.

Die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

9. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Was-

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

serfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung für Kosten ambulanter Heilbehandlungen und zahnärztlicher Leistungen

1. Selbstbeteiligung je tarifliche Leistung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen und zahnärztliche Leistungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen. Die Selbstbeteiligung beträgt für

- **ärztliche Leistungen** nach Abs. I 1, Abs. I 13, Abs. I 14, Abs. I 15, Abs. I 18 und Abs. I 21:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen, Ausstellung von Rezepten, Messung von Körperzuständen).
- **ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen** nach Abs. I 2:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **psychotherapeutische Leistungen** nach Abs. I 3:
20,- Euro je Sitzung für höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- **Leistungen für Soziotherapie** nach Abs. I 4:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern** nach Abs. I 5:
20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- **Heilpraktikerleistungen** nach Abs. I 6:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- **häusliche Krankenpflege** nach Abs. I 7:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach Abs. I 8:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **Arznei- und Verbandmittel** nach Abs. I 9 und Abs. I 21 sowie **Impfstoffe** nach Abs. I 14:
20,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- **Heilmittel** nach Abs. I 10:
20,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- **Hilfsmittel** nach Abs. I 11:
20,- Euro je Hilfsmittel.
- **sozialpädiatrische Leistungen** nach Abs. I 16:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen** nach Abs. I 17:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **digitale Gesundheitsanwendungen** nach Abs. I 19:
20,- Euro je Verordnung.
- **Haushaltshilfe** nach Abs. I 20:
20,- Euro je Tag.
- **Krankentransporte** nach Abs. I 22:
20,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten nach Abs. I 22 zweiter bis vierter Spiegelstrich gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
- **zahnärztliche Leistungen** nach Abs. II 1:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

2. Begrenzung der Selbstbeteiligung

Je versicherte Person und Kalenderjahr ist die Summe aller Selbstbeteiligungen nach Nr. 1 auf 500,- Euro für Erwachsene und 250,- Euro für Kinder und Jugendliche begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die maximal zu tragende Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufhalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in der Bundesrepublik Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 8 Abs. 1 vierter Spiegelstrich einzureichen. Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

D) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person vom Beitrag befreit.

Die Beitragsbefreiung gilt für jeden Monat, in dem Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate, sofern

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, für das Elterngeld beantragt wird, mindestens acht

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

- Monate nach diesem Tarif – nicht als Anwartschaftsversicherung – versichert ist,
- die Beitragsraten zu Beginn des Bezugs von Elterngeld vollständig gezahlt worden sind und die versicherte Person zu Beginn des Bezugs von Elterngeld nicht im Notlagentarif versichert ist,
- keine Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person für diesen Tarif besteht und
- der Bezug von Elterngeld innerhalb von drei Monaten nach Bezugsbeginn durch eine Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.

Maßgebend ist der jeweils zu zahlende Monatsbeitrag der versicherten Person für diesen Tarif einschließlich etwaiger Zuschläge. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Beginn des Bezugs von Elterngeld folgt.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

E) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,

2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

F) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

G) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif BUSINESS

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch

- medizinisch notwendige Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 2 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Die Behandlung muss in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wech-

selkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen beträgt insgesamt 500,- Euro für Erwachsene und 250,- Euro für Kinder und Jugendliche. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angegliedert.

6. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

7. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

8. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Sehhilfen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

9. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen nach Abschnitt I, zahnärztlicher Leistungen nach Abschnitt II und stationärer Krankenhausbehandlungen nach Abschnitt III. Die Selbstbeteiligung wird von dem jeweiligen Betrag abgezogen.

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten ärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der GOÄ.

2. Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 %, ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr zu 80 % erstattungsfähig.

Die Kosten ab der 31. Sitzung werden nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet, einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i.V.m. § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie

sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentsplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondenernährung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

8. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

9. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

(ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z.B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz und Systeme für Heimdialyse). Erstattungsfähig sind die Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden pro Ohr bis zu einem Betrag von 1.500,- Euro pro Kalenderjahr erstattet.

Übersteigen die Kosten für den Kauf eines Hilfsmittels 1.000,- Euro, ist ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, wird die tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Hilfsmittel bzw. Ausführungen der Hilfsmittel, wenn diese das medizinisch notwendige Maß überschreiten bzw. objektiv keinen oder nur einen geringen therapeutischen Nutzen haben,
- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen),
- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- zusätzliche Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

10. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

12. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

13. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte niedriger Risikoklasse handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen

Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und

- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 139 e SGB V (siehe Anhang)* aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Anbieter nach § 134 SGB V (siehe Anhang)* als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung spätestens erforderlich.

Der Versicherer ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

14. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 7 für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren –, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Weitere Voraussetzungen sind, dass

- eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

15. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherten nachzuweisen.

16. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*, für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif für versicherte Person für die ersten sechs Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro
- in den ersten sechs Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 6.000,- Euro

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn

der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000,- Euro betragen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die über 2.000,- Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes nach Nr. 1 erstattet.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ, einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen

Erstattet werden die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen.

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Die Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren werden ausschließlich im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche – nicht zahnärztliche – Leistungen (privatärztliche Behandlungen) nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Wird für die gesamte Dauer eines Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für die gesondert berechenbare Unterkunft / privatärztliche Behandlung verzichtet, erhält der Versicherungsnehmer je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Verzicht auf Kostenerstattung für	Höhe des Ersatz-Krankenhaustagegeldes
das Ein-Bett-Zimmer	20,- Euro
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,- Euro
die privatärztliche Behandlung	50,- Euro

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

Ein Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Nr. 3 wird nicht gezahlt.

5. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung.

6. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

7. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mit-

aufnahme einer Begleitperson des Patienten.

8. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlungen nach Nr. 2, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 14 erstattet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

9. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

10. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Pauschalleistung

1. Voraussetzungen für die Pauschalleistung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person im Folgejahr eine Pauschalleistung, wenn

- a) die versicherte Person im abzurechnenden Geschäftsjahr zur Personengruppe der Erwachsenen gehört und
- b) für die versicherte Person keine Versicherungsleistungen nach den Abschnitten I bis III für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden und
- c) die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind und
- d) die Versicherung für die versicherte Person nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und keine Kündigung erklärt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Pauschalleistung für das abzurechnende Geschäftsjahr nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und insoweit keine Kündigung erklärt ist.

2. Höhe und Staffel der Pauschalleistung

Der Pauschalleistungs-Grundbetrag beträgt 440,- Euro. Er reduziert sich jeweils um 1/12 für jeden Monat, in dem für die versicherte Person kein Versicherungsschutz nach den Abschnitten I bis III bestand. Der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Satz 1 beträgt jedoch nicht mehr als 1/12 der

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

im abzurechnenden Geschäftsjahr für die versicherte Person nach diesem Tarif gezahlten Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag).

Für jede versicherte Person, die die Voraussetzungen nach Nr. 1 erfüllt, wird ab erstmaligem Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bzw. ab Wechsel in die Personengruppe der Erwachsenen das Vierfache des Pauschalleistungs-Grundbetrags gezahlt.

Wurden die Voraussetzungen nach Nr. 1 für die Pauschalleistung nicht erfüllt, erhält der Versicherungsnehmer für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Pauschalleistung für die versicherte Person.

Ein erneuter Anspruch auf Pauschalleistung wird – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Nr. 1 – nach folgender Staffel erworben:

Anzahl der aufeinander folgenden leistungsfreien Geschäftsjahre	Vervielfachung des Pauschalleistungs-Grundbetrags
1	Einfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
2	Zweifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
3	Dreifacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1
4	Vierfacher Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Absatz 1

Bei erneuter Versicherung nach diesem Tarif wird der Anspruch auf Pauschalleistung für die versicherte Person entsprechend der vorangegangenen Staffel erworben.

3. Dynamisierung der Pauschalleistung

Erhöhen sich im Durchschnitt die Neugeschäftsbeiträge der 21- bis 65-Jährigen, wird der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Nr. 2 Abs. 1 Satz 1 um 3 % erhöht und auf volle 10,- Euro aufgerundet. Der Pauschalleistungs-Grundbetrag nach Nr. 2 Abs. 1 Satz 1 erhöht sich ab dem Zeitpunkt der Änderung der Neugeschäftsbeiträge, bei einer unterjährigen Erhöhung der Neugeschäftsbeiträge ab dem 1.1. des Folgejahres. Eine Rückwirkung auf abgeschlossene Geschäftsjahre erfolgt nicht.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

F) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif COMFORT-MED

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gelten auch

- medizinisch notwendige Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
- die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psycho-

therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 2 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Voraussetzung ist, dass keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Die Behandlung muss in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden. Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehan-

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

delte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

Versicherungsfähig sind

- Ärzte der Human- und Zahnmedizin,
- Studenten der Human- und Zahnmedizin,
- deren Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, solange diese mit dem Arzt / Studenten der Human- und Zahnmedizin in häuslicher Gemeinschaft leben, und
- deren Kinder, solange der Arzt / Student der Human- und Zahnmedizin für diese Kindergeld bezieht oder die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – längstens bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Sehhilfen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

9. Weiterversicherung

Endet für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif nach Nr. 8, wird das Versicherungsverhältnis zum Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfallen, nach Tarif COMFORT-U fortgesetzt. Der Tarifwechsel erfolgt ohne erneute Risikoprüfung.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Für die ersten 30 Sitzungen werden die Kosten ohne vorherige schriftliche Leistungszusage erstattet, darüber hinaus ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis

Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchst-erstattungsbeträgen.

5. Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

6. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

7. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondenernährung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

8. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Masseur).

9. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes

einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

10. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

11. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

12. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

13. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte niedriger Risikoklasse handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 139 e SGB V (siehe Anhang)* aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Anbieter nach § 134 SGB V (siehe Anhang)* als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung spätestens erforderlich.

Der Versicherer ist berechtigt, anstelle der Kostenerstattung die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

14. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 7 für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom jeweils gewählten Verfahren –, wenn die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt. Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

Weitere Voraussetzungen sind, dass

- eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

15. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

16. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- sechs orale Implantate je Kiefer einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten fünf Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen nach Satz 1 je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000,- Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das sechste Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen nach Nr. 1 und 2 zur Hälfte erbracht.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der

Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontose-schienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.

- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes. Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitnahme einer Begleitperson des Patienten.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 14 erstattet.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

Die Begrenzung auf maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1, Abs. I 12 und Abs. I 14 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z.B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 20,- Euro je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- häusliche Behandlungspflege nach Abs. I 5 maximal 20,- Euro je Behandlungstag durch geeignete Pflegefachkräfte.

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach Abs. I 6 maximal 20,– Euro je Behandlungstag.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 7 sowie Impfstoffe nach Abs. I 11 maximal 20,– Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
- Heilmittel nach Abs. I 8 maximal 20,– Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 9 maximal 50,– Euro je Hilfsmittel.
- digitale Gesundheitsanwendungen nach Abs. I 13 maximal 20,– Euro je Verordnung.
- Krankentransporte nach Abs. I 15 und Abs. III 8 maximal 20,– Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport. Gleiches gilt für ärztlich verordnete Fahrten zu und von einer ärztlichen Behandlung nach Abs. I 15 dritter Spiegelstrich.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 20,– Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1, Abs. III 2 und Abs. III 6 maximal 20,– Euro je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 6 Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen.

Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Leistungserbringer vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

G) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif PREMIUM-MED

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für bis zu zwölf Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwölf Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Kostenerstattung für Heilbehandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes im europäischen oder außereuropäischen Ausland (vgl. § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Buchstabe a) sind die Kosten für Heilbehandlungen im Ausland auch ohne Anwendung der deutschen amtlichen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern diese Kosten dort ortsüblich sind.

Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

Auf Antrag kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen der nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten oder in die Schweiz (vgl. Abs. 1) verlangen, im Rahmen einer besonderen Vereinbarung das Versicherungsverhältnis in dem Staat mit der Maßgabe fortzusetzen, dass die Kosten für Heilbehandlungen nicht auf das Kostenniveau der Bundesrepublik Deutschland begrenzt sind. Die deutschen amtlichen Gebührenordnungen finden keine Anwendung, sofern die Kosten für Heilbehandlungen dort ortsüblich sind. Die weiteren unter Abschnitt B genannten Leistungsvoraussetzungen / -begrenzungen bleiben hiervon unberührt. Der Versicherer wird im Rahmen dieser Vereinbarung einen zum Beantragungszeitpunkt angemessenen Beitragszuschlag erheben und ist berechtigt, die Vereinbarung zu befristen. Bis zum Ablauf der Befristung kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person die Fortführung des erweiterten Versicherungsschutzes beantragen, sofern sich die versicherte Person weiterhin in einem nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staat oder der Schweiz aufhält.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme des Antrages und schließt mit dem Versicherungsnehmer eine erneute Vereinbarung zu den Bedingungen nach den Sätzen 2 bis 5 ab. Stellt der Versicherungsnehmer keinen Verlängerungsantrag für die versicherte Person, endet die Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes und das Versicherungsverhältnis setzt sich nach Maßgabe von § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 fort.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück in die Bundesrepublik Deutschland endet die getroffene Vereinbarung zur Erweiterung des Versicherungsschutzes einschließlich des zuvor vereinbarten Beitragszuschlages.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten oder approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- bzw. Notfallambulanzen, Hochschulambulanzen oder Bereitschaftspraxen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- bzw. Notfallambulanz, Hochschulambulanz oder Bereitschaftspraxis sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behörd-

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

liche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land bzw. für die Region eines Landes vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

h) Entwöhnungs- / Entziehungmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1 b MB/KK 2009 werden die Kosten für maximal drei Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren nach Abschnitt B I 1 und 3 sowie Abschnitt B III 1 erstattet. Die Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat. Die schriftliche Zusage wird erteilt, wenn

- keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen und
- die Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt wird.

Die Kosten für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren sind nicht erstattungsfähig, wenn

- Ansprüche der versicherten Person gegenüber anderen Kostenträgern bestehen aber nicht geltend gemacht werden oder
- die Behandlung aufgrund von Nikotinabhängigkeit durchgeführt wird.

i) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

j) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt / Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

Versicherungsfähig sind

- Ärzte der Human- und Zahnmedizin,
 - Studenten der Human- und Zahnmedizin,
 - deren Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, solange diese mit dem Arzt / Studenten der Human- und Zahnmedizin in häuslicher Gemeinschaft leben
- und

- deren Kinder, solange der Arzt / Student der Human- und Zahnmedizin für diese Kindergeld bezieht oder die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres.

Bei Tod des nach diesem Tarif versicherten Arztes oder Studenten bleibt für

- den hinterbliebenen Ehegatten,
- den hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner und
- deren Kinder, solange der hinterbliebene Ehegatte bzw. Lebenspartner für diese Kindergeld bezieht oder die Kinder sich in einer schulischen Ausbildung oder einem Studium befinden – längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres –

die Versicherungsfähigkeit bestehen.

Die Versicherungsfähigkeit entfällt für alle nach diesem Tarif versicherten Personen bei Heirat des hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners einer nicht nach Tarif PREMIUM-MED versicherungsfähigen Person.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen bis einschließlich Alter 15
- Jugendliche sind Personen von Alter 16 bis einschließlich Alter 20
- Erwachsene sind Personen ab Alter 21

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

5. Neugeborenenachversicherung

Der Versicherungsschutz beginnt auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteiles vereinbart wird.

6. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

7. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen

Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel, Sehhilfen, Impfstoffe für Schutzimpfungen sowie digitale Gesundheitsanwendungen bezogen werden.

8. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

9. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 entfallen. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

10. Weiterversicherung

Endet für die versicherte Person das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif nach Nr. 9, wird das Versicherungsverhältnis zum Ersten des Monats, der auf die Beendigung folgt, nach Tarif PREMIUM fortgesetzt. Der Tarifwechsel erfolgt ohne erneute Risikoprüfung.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Erstattet werden die Kosten ärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (siehe Anhang)*.

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der GOÄ.

2. Ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine ambulante Anschlussrehabilitation, sofern dadurch eine stationäre Anschlussrehabilitation ersetzt oder verkürzt werden kann, und soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die ambulante Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Beginn der ambulanten Anschlussrehabilitation nicht mehr als vier Wochen liegen.

3. Psychotherapie

Erstattet werden die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Die Kosten der ersten 30 Sitzungen je Kalenderjahr sind zu 100 % erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung je Kalenderjahr sind 80 % der Kosten erstattungsfähig.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von approbierten Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis bzw. in Einrichtungen nach Abschnitt A 1 d und Abschnitt A 1 e – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten

und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) einschließlich der Vereinbarungen nach § 1 GOP i. V. m. § 2 GOÄ (siehe Anhang)* erstattet.

4. Soziotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Soziotherapie, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und
- durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese erforderlich, aber nicht ausführbar ist und
- die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet ist und
- die Soziotherapie durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird.

Die Kosten für Soziotherapie sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 b SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die Soziotherapie durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

5. Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

6. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das Gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Höchstsätzen des GebüH bzw. bis zu den Höchstsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

7. Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege umfasst Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

a) Behandlungspflege

Als Behandlungspflege gelten medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit ausgerichtet sind.

Die Kosten für Behandlungspflege sind erstattungsfähig, wenn

- eine stationäre Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder durch die Behandlungspflege eine stationäre Krankenhausbehandlung

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) oder

- die Behandlungspflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erfolgt (Sicherungspflege).

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Behandlungspflege setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- die Behandlungspflege ärztlich verordnet ist und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

b) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Als Grundpflege gelten Grundverrichtungen des täglichen Lebens (z. B. Ernährung, Körperpflege). Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung (z. B. Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung). Die Kosten für Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung sind für die Dauer von bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, jedoch insgesamt nicht mehr als vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig, wenn

- die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Krankenhausvermeidungspflege zusammen mit Behandlungspflege ärztlich verordnet sind oder
- sich die versicherte Person wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, vorübergehend nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann (Unterstützungspflege); die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung müssen als Unterstützungspflege ärztlich verordnet sein.

Die Erstattungsfähigkeit der Kosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung setzt zusätzlich voraus, dass

- keine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen und versorgen kann und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht und
- die Leistungen durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt werden, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben.

Die Kosten für hauswirtschaftliche Versorgung sind nur erstattungsfähig, wenn gleichzeitig auch Grundpflege verordnet ist.

Die Kosten für häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 a SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

8. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt und
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und

- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt wird, und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplanes dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

Die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch einen approbierten Arzt durchgeführt wird, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

9. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente sowie Harn- und Blutteststreifen.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (z. B. Sonden- oder Trinknahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

10. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten).

11. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde (z. B. Beatmungsgeräte für eine lebenserhaltende Beatmung, Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz, Systeme für Heimdialyse).

Erstattungsfähig sind die Kosten für ein Hilfsmittel einschließlich Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Zudem sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher) erstattungsfähig, sofern dies für die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

Aufwendungen für Hörgeräte (apparative) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) werden je Ohr bis zu 1.500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Diese Begrenzung gilt nicht für voll- und teilimplantierbare Hörgeräteversorgungen (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen).

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Bezug ein Kostenvoranschlag einzureichen (gilt nicht für Hörgeräte nach Abs. 6 Satz 1). Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung bezogen, wird die über 1.000,- Euro hinausgehende tarifliche Leistung zu 80 % erbracht.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen),
- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Kosten für den Gebrauch (z. B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

12. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 400,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

13. Refraktive Chirurgie

Kosten für augenchirurgische Maßnahmen mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit (refraktive Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen werden innerhalb der ersten zwei Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif bis zu 400,- Euro je Auge erstattet. Das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif gilt als erstes Kalenderjahr. Nach Ablauf der ersten zwei Kalenderjahre werden je Versicherungsfall bis zu 2.500,- Euro je Auge erstattet.

14. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO)

- als Standardimpfung,
 - als Indikationsimpfung,
 - als Reiseschutzimpfung oder
 - aus beruflichen Gründen
- empfohlen werden.

Darüber hinaus werden die Reiseschutzimpfung gegen Japanische Enzephalitis sowie die Malaria-Prophylaxe erstattet.

15. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

Die Kosten für darüber hinausgehende Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu 500,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag

für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

16. Sozialpädiatrische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche, psychologisch-psychotherapeutische, physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen (sozialpädiatrische Leistungen) in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V (siehe Anhang)*, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die versicherte Person aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung nicht von geeigneten niedergelassenen Ärzten behandelt werden kann und
- die sozialpädiatrischen Leistungen ärztlich verordnet sind.

Die Kosten für sozialpädiatrische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die die jeweilige Einrichtung mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart hat.

17. Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Erstattungsfähig sind sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, wenn

- die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung nach Abschnitt B III 1 erbracht werden und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig sind, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen ärztlich verordnet sind und
- die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch approbierte Ärzte oder durch geeignete Leistungserbringer, die einen Vertrag nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben, durchgeführt werden.

Die Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die der jeweilige Leistungserbringer im Rahmen der Vergütungsvereinbarung seines Vertrages nach § 132 c SGB V (siehe Anhang)* verlangen kann. Sofern die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch einen approbierten Arzt durchgeführt werden, sind die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 erstattungsfähig. Je Versicherungsfall werden maximal 20 Nachsorgeeinheiten innerhalb von zwölf Wochen erstattet.

18. Medizinische Schulungen bei chronischen Krankheiten

Erstattet werden die Kosten für ärztliche Leistungen der Erst- und Folgeschulungen bei chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma oder Neurodermitis) nach der jeweils gültigen amtlichen GOÄ.

19. Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn

- es sich um Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

- diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
- diese durch einen approbierten Arzt, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, approbierten Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnet sind und
- diese dem Grunde nach nicht anderweitigen Leistungen nach Abschnitt B zuzuordnen sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber die Voraussetzungen nach Abs. 1, Spiegelstriche 1, 3 und 4 erfüllen, werden zu 80 % bis maximal 1.000,- Euro je Kalenderjahr erstattet. Beginnt die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der maximale Erstattungsbetrag für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Kosten für den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen (z. B. Smartphone, PC, Stromkosten, Batterien).

20. Haushaltshilfe

Erstattungsfähig sind die Kosten einer Haushaltshilfe, sofern der versicherten Person nach ärztlicher Bescheinigung die Weiterführung des Haushaltes

- wegen Schwangerschaft und Entbindung oder
- im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt, eine ambulante Operation oder eine stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahme

vorübergehend nicht möglich ist und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die ärztliche Bescheinigung nach Satz 1 muss zudem Angaben über Beginn, Ende und Umfang (Tätigkeiten, Häufigkeiten) der erforderlichen Haushaltshilfe enthalten.

Die durch Rechnungsbelege nachgewiesenen Kosten einer Haushaltshilfe werden bis zu 20,- Euro je Stunde und 80,- Euro je Tag für insgesamt bis zu 28 Tage je Kalenderjahr erstattet.

Die Kosten einer Haushaltshilfe sind nicht erstattungsfähig, wenn

- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach Nr. 7 besteht oder
- für die versicherte Person ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht oder
- eine Person die Haushaltshilfe übernimmt, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

21. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 9 für maximal

- drei Versuche der Insemination und
- drei Versuche der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder drei Versuche der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) einschließlich der dabei erforderlichen IVF (IVF / ICSI).

Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sind erstattungsfähig, wenn

- die Maßnahme nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich ist und
- bei der versicherten Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegt und
- eine hinreichende Erfolgsaussicht besteht und
- die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet.

Bestehen Ansprüche des bei der Continentale Krankenversicherung a.G. nicht versicherten Partners auf Leistungen der künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft bei anderen Kostenträgern (z. B. deutsche gesetzliche Krankenversicherung oder private Krankenversicherung), ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für die verbleibenden Restkosten leistungspflichtig. Die Vorleistung der anderen Kostenträger ist auf den Kostenbelegen nachzuweisen. Wenn der Leistungsanspruch gegenüber den zuvor genannten Kostenträgern nicht oder nicht rechtzeitig geltend gemacht wird, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif für die Behandlungskosten des nicht versicherten Partners.

Die in Satz 1 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

Leistungen werden erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt hat.

22. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der ambulanten Operation in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

23. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransportes werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ), einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*, für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 85 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung von oralen Implantaten erstattet;
- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %;
- Heil- und Kostenpläne mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten sechs Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro
- in den ersten sechs Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 10.000,- Euro

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen, wenn die voraussichtlichen Kosten insgesamt mehr als 2.000,- Euro betragen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die über 2.000,- Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit der Hälfte des tariflichen Prozentsatzes nach Nr. 1 erstattet.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ, einschließlich der Vereinbarungen nach § 2 GOÄ und § 2 GOZ (siehe Anhang)*

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der

Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.

- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und -schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen) – unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes –, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stifzähne sowie Material- und Laborkosten inkl. Verblendungen.
- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

Erstattet werden die Kosten stationärer Krankenhausbehandlungen.

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Erstattet werden auch die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Die Regelungen zur Vergütungshöhe der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes finden bei diesen Krankenhäusern keine Anwendung.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ) erstattet.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt ein Unfall oder eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

2. Stationäre Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine stationäre Anschlussrehabilitation nach Nr. 1, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die stationäre Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die stationäre Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

3. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern nach der jeweils gültigen Hebammen-Gebührenordnung.

4. Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Nr. 1 erstattet.

5. Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1 gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person. Sofern die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung der Personengruppe der Kinder (vgl. Abschnitt A 3) angehört, gilt die Mitaufnahme einer Begleitperson stets als aus medizinischen Gründen notwendig.

6. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankenhausleistungen nach Nr. 1, sofern aus medizinisch notwendigen Gründen eine ambulante Behandlung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft nicht möglich ist. Die Kosten werden maximal für die in Abschnitt B I 21 genannte Anzahl der aufgeführten Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft unter denselben Voraussetzungen erstattet.

Die in Abschnitt B I 21 genannten Begrenzungen der Anzahl der Versuche gelten in Summe für stationär und ambulant durchgeführte Versuche.

7. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind die Kosten für pflegerische Leistungen, Betreuung und medizinische Behandlungspflege (stationäre Kurzzeitpflege), wenn

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Abschnitt B I 7 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 besteht.

Die stationäre Kurzzeitpflege ist in zugelassenen Einrichtungen nach § 132 h SGB V (siehe Anhang)* oder in anderen von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Einrichtungen zu erbringen.

Erstattet werden die Kosten der stationären Kurzzeitpflege bis zu der in § 39 c Satz 2 SGB V i. V. m. § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang)* genannten Leistungsdauer und Leistungshöhe.

8. Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung anerkannten Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlungen erbracht werden, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist und
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person oder eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz ärztlich verordnet ist.

Die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die in dem jeweiligen Hospiz für die Versorgung eines Versicherten in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Bestehen für die versicherte Person Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

9. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung für Kosten ambulanter Heilbehandlungen und zahnärztlicher Leistungen

1. Selbstbeteiligung je tarifliche Leistung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen und zahnärztliche Leistungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen. Die Selbstbeteiligung beträgt für

- **ärztliche Leistungen** nach Abs. I 1, Abs. I 13, Abs. I 14, Abs. I 15, Abs. I 18 und Abs. I 21:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen, Ausstellung von Rezepten, Messung von Körperzuständen).
- **ambulante Anschlussrehabilitationsmaßnahmen** nach Abs. I 2:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **psychotherapeutische Leistungen** nach Abs. I 3:
20,- Euro je Sitzung für höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr, jedoch nicht mehr als 30 % vom erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.
- **Leistungen für Soziotherapie** nach Abs. I 4:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern** nach Abs. I 5:
20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- **Heilpraktikerleistungen** nach Abs. I 6:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- **häusliche Krankenpflege** nach Abs. I 7:
20,- Euro je Behandlungstag.
- **spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach Abs. I 8:
20,- Euro je Behandlungstag.

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V).

- **Arznei- und Verbandmittel** nach Abs. I 9 und Abs. I 21 sowie **Impfstoffe** nach Abs. I 14:
20,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.
 - **Heilmittel** nach Abs. I 10:
20,- Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
 - **Hilfsmittel** nach Abs. I 11:
20,- Euro je Hilfsmittel.
 - **sozialpädiatrische Leistungen** nach Abs. I 16:
20,- Euro je Behandlungstag.
 - **sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen** nach Abs. I 17:
20,- Euro je Behandlungstag.
 - **digitale Gesundheitsanwendungen** nach Abs. I 19:
20,- Euro je Verordnung.
 - **Haushaltshilfe** nach Abs. I 20:
20,- Euro je Tag.
 - **Krankentransporte** nach Abs. I 22:
20,- Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten nach Abs. I 22 zweiter bis vierter Spiegelstrich gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
 - **zahnärztliche Leistungen** nach Abs. II 1:
20,- Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

2. Begrenzung der Selbstbeteiligung

Je versicherte Person und Kalenderjahr ist die Summe aller Selbstbeteiligungen nach Nr. 1 auf 500,- Euro für Erwachsene und 250,- Euro für Kinder und Jugendliche begrenzt. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die maximal zu tragende Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestand. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in der Bun-

desrepublik Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 8 Abs. 1 vierter Spiegelstrich einzureichen. Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

D) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person vom Beitrag befreit.

Die Beitragsbefreiung gilt für jeden Monat, in dem Elterngeld bezogen wird, maximal für sechs Monate, sofern

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes, für das Elterngeld beantragt wird, mindestens acht Monate nach diesem Tarif – nicht als Anwartschaftsversicherung – versichert ist,
- die Beitragsraten zu Beginn des Bezuges von Elterngeld vollständig gezahlt worden sind und die versicherte Person zu Beginn des Bezuges von Elterngeld nicht im Notlagentarif versichert ist,
- keine Anwartschaftsversicherung für die versicherte Person für diesen Tarif besteht und
- der Bezug von Elterngeld innerhalb von drei Monaten nach Bezugsbeginn durch eine Kopie des Elterngeldbescheides nachgewiesen wird.

Maßgebend ist der jeweils zu zahlende Monatsbeitrag der versicherten Person für diesen Tarif einschließlich etwaiger Zuschläge. Der Beitragsanteil für eine zu diesem Tarif vereinbarte Beitragsentlastungskomponente unterliegt nicht der Beitragsbefreiung.

Die Beitragsbefreiung beginnt zum 1. des Monats, der auf den Beginn des Bezuges von Elterngeld folgt.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

E) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen für das abzurechnende Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist. Endet die Versicherung nach diesem Tarif, entfällt der Anspruch

* Siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG).

auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. – über den 1.7. des Folgejahres hinaus – fortbesteht und nicht gekündigt ist.

F) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heil-

behandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren

Anlage zu den Tarifen mit ambulantem Versicherungsschutz

Über die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebÜH) enthaltenen Verrichtungen hinaus sind folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden analog der jeweils aufgeführten Gebührenziffer des GebÜH tarifgemäß erstattungsfähig:

Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	Erstattung analog Gebührenziffer	Untersuchungs- oder Behandlungsmethode	Erstattung analog Gebührenziffer
Akupressur	21.1	Haarmineralanalyse	12.14
Akupunkturmassage	20.2	Harnschau, traditionell	12.2
Augendiagnostik	14.1	HLB-Bradford-Bluttest	13.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5	Kaelin-Test	12.15
Bioresonanztherapie	16.3	Kinesiologie	21.1
Blutsedimentationstest	12.14	Laser-Akupunktur	21.1
Clusterdiagnostik	12.14	Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	39.9
Colon-Hydro-Therapie	36.3	Matrixregenerationstherapie	16.1
CO2-Quellgastherapie	25.9	Mikromagnetfeldtherapie	16.3
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5	Mikroökologische Therapie	2
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10	Mora-Therapie	16.3
Elektrohauttest	16.4	Neobioelektrische Therapie (NBT)	16.3
Elektromagnetischer Bluttest	13.1	Ohrkerzenbehandlung	30.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1	Regulationstherapie	16.3
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	2 (2x)	Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	25.11
Farblichttherapie/Farbpunktur	39.2	Sauerstoffzelt	23.1
Feldenkrais-Methode	19.1	Signaltherapien	39.10
Fußreflexzonen-therapie	20.6	Spenglersan-Test	13.1
Gegensensibilisierung nach Theurer	25.1 + 26.1	Stoffwechselregulation mit STT	16.1
		Terminalpunktdiagnostik	15.1
		Thermoregulationsdiagnostik	16.1
		Vega-Test	16.1

Des Weiteren sind auch für nachstehende Verfahren, die eine Analogbewertung nach dem GebÜH nicht zulassen, Leistungen vorgesehen:

Die Kosten für Ayurveda, Organotherapie und Orthomolekulare Therapie, einschließlich Diagnostik, Arzneimittel und Physiotherapie sind tarifgemäß bis zu 150,- Euro je Kalenderjahr für alle drei Verfahren zusammen erstattungsfähig. Die Jahreshöchstleistung errechnet sich aus dem versicherten Prozentsatz.

Das Leistungsverzeichnis wird neuen Erkenntnissen angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung von Versicherten in der substitutiven privaten Krankenversicherung nach dem Tarif SP

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind Personen, die ausschließlich bei einem privaten Kran-

kenversicherungsunternehmen in Deutschland nach einem Tarif mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

I. Leistungsumfang

a) Erstattet werden nach Tarif **SP1** die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer,
2. privatärztliche Behandlungen,
3. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen.

- b) Erstattet werden nach Tarif **SP2** die Kosten für
1. die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer (bei Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer),
 2. privatärztliche Behandlungen,
 3. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung), wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Versichert nach Tarif	SP1	SP2
Verzicht auf Kostenerstattung für		
das Ein-Bett-Zimmer	20,- Euro	—
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,- Euro	—
das Zwei-Bett-Zimmer	—	20,- Euro
die privatärztliche Behandlung	50,- Euro	50,- Euro

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen nach Abs. I gegenüber anderen Kostenträgern oder weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abs. III 3 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt insoweit eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden nach Tarif SP1 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und nach Tarif SP2 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

Erstattet werden im zuvor nach Absatz 1 und 2 dargestellten Rahmen auch die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet und werden höhere als die versicherten Leistungen in Anspruch genommen, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung. Die

Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufhalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Wenn die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger durch diese bestätigt wird, können auch Duplikatrechnungen vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heil-

behandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und

Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif AV-P1

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. bestehen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen), zu der dieser Tarif besteht, finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren.

3. Optionsrecht

Für die versicherte Person besteht das Optionsrecht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten

- in eine Krankheitskostenversicherung mit höheren Leistungen,
- in die private Pflegepflichtversicherung,
- in eine Krankentagegeldversicherung,
- in eine Pflegezusatz- oder alternativ in eine Pflegetagegeldversicherung,
- in eine Kurkostenversicherung sowie
- in eine Kurtagegeldversicherung

zu wechseln, soweit in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind. Der Wechsel ist rechtzeitig vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, beim Versicherer zu beantragen.

Das Optionsrecht auf eine Krankentagegeldversicherung kann nur wahrgenommen werden, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht oder zeitgleich abgeschlossen wird.

Die Krankentagegeldversicherung kann für

- Arbeitnehmer mit einem Leistungsbeginn entsprechend der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung, frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sowie für
- Selbstständige mit einem frühesten Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit

vereinbart werden. Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – auf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen begrenzt, darf jedoch 130% des zum Zeitpunkt des Wechsels maßgebenden höchsten Krankengeldes in der GKV nicht übersteigen.

In der Pflegetagegeldversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Pflegetagegeldversicherungen – für ambulante und stationäre Pflege jeweils ein Tagessatz von bis zu 100,- Euro vereinbart werden.

In der Kurkostenversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Kurkostenversicherungen – ein Tagessatz von bis zu 100,- Euro vereinbart werden.

In der Kurtagegeldversicherung kann ein Tagessatz von bis zu 50,- Euro vereinbart werden.

4. Optionszeitpunkte

- a) Das Optionsrecht kann wahrgenommen werden, wenn
- die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen 5, 10 oder 15 volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Jahres wirksam, das auf das 5., 10. oder 15. volle Kalenderjahr folgt.
 - die versicherte Person 50 Jahre alt wird und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle Kalenderjahre bestanden hat. Der Wechsel wird zum 1.1. des Jahres wirksam, das auf das Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.
- b) Der Versicherungsnehmer kann bei Antragstellung mit dem Versicherer einen weiteren Zeitpunkt vereinbaren, zu dem das Optionsrecht wahrgenommen werden kann. Zu diesem weiteren Zeitpunkt darf die versicherte Person nicht älter als 50 Jahre sein und die Versicherung nach diesem Tarif noch nicht 15 volle Kalenderjahre bestanden haben. Der Wechsel wird zu dem mit dem Versicherer vereinbarten Zeitpunkt wirksam.

Der Beitrag errechnet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) finden Anwendung. Während der Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

5. Ende der Versicherung

- a) Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.
- b) Wird das Optionsrecht nicht wahrgenommen, besteht die Versicherung nach diesem Tarif längstens bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie 15 volle Kalenderjahre bestanden hat; sie endet jedoch spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.

Die Versicherung nach diesem Tarif endet, wenn keine Krankheitskostenversicherung mehr besteht.

6. Beitrag

Der Beitrag für die Versicherung nach diesem Tarif wird bei Versicherungsbeginn für die gesamte Vertragslaufzeit nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

7. Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt besteht für diesen Tarif nicht.

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Höherstufungen und Vertragserweiterungen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Völlendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Höherstufungen und Vertragserweiterungen

Bei Höherstufungen und Vertragserweiterungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

6. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

Die Mindestversicherungssumme für das Krankenhaustagegeld beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich.

2. Leistungsumfang

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden medizinisch notwendigen vollstationären Aufenthaltstag im Krankenhaus bei Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als vollstationär.

Bei stationären Kuren wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld je Tag einer stationären Kur für höchstens 28 Tage innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren zu 25 % gezahlt. Die Notwendigkeit der stationären Kur muss vor Behandlungsbeginn durch ein ärztliches Attest nachgewiesen und die Behandlung in einer ärztlich geleiteten Krankenanstalt mit ausreichenden Einrichtungen zur Durchführung von Kuren vorgenommen werden.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen. Bei einer notwendigen stationären Kur ist eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden Arztes der Krankenanstalt einzureichen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung KHT bedeuten die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.

Beispiel: KHT/20 = Krankenhaustagegeld von täglich 20,- Euro.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Kurkosten nach dem Tarif KS-U

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. vereinbart werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskostenversicherung, zu der dieser Tarif vereinbart wird, finden entsprechende Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Versicherungsjahr des Krankheitskostentarifs, zu dem dieser Tarif vereinbart wurde. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

4. Wartezeit

Die Wartezeit beträgt 6 Monate.

5. Versicherungsumfang / Höherstufungen

Der Mindesttagessatz beträgt 3,- Euro. Höherstufungen um je 1,- Euro sind möglich. Bei Höherstufungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 Musterbedingungen 2009 der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 der MB/KK 2009 gilt entsprechend.

B) Leistungen des Versicherers

1. Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die

Behandlungskosten

– Kosten für ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel –

Aufenthaltskosten

– Unterkunfts-, Verpflegungskosten sowie Kurtaxe –

soweit die Erstattung vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen

a) Kuraufenthalt und -durchführung müssen in einem ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kurdurchführungen versehenen Sanatorium oder einem diesem vergleichbaren Haus, das nach § 30 der Gewerbeordnung konzessioniert ist, stattfinden.

b) Die Kur muss innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 8-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten werden.

3. Leistungsumfang

Die Versicherungsleistung beträgt bei Nachweis der erstattungsfähigen Kosten

a) bis zu 100 % des vereinbarten Tagessatzes, wenn **beide** besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,

b) bis zu 50 % des vereinbarten Tagessatzes, wenn **eine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist,

c) bis zu 25 % des vereinbarten Tagessatzes, wenn **keine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist.

Zu a): Leistungsdauer je Versicherungsfall bis zu 28 Tagen,

Zu b) und c): Leistungsdauer je Leistungsperiode bis zu 28 Tagen; eine etwa in Anspruch genommene Leistungsdauer nach a) wird angerechnet.

4. Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Kurbehandlung; er beginnt mit ihrer ärztlich festgestellten Notwendigkeit und gilt mit ihrer Beendigung als abgeschlossen.

5. Leistungsperiode

Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Die erste Leistungsperiode endet mit dem Schluss des Kalenderjahres, das auf den Versicherungsbeginn folgt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei einer nachträglichen Höherstufung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Höherstufung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Originalrechnungen nachzuweisen. Die Rechnungen müssen spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten

Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungsdauer, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen der Leistungserbringer sind mit den angefallenen Arznei- und Heilmittelrechnungen zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe der vereinbarten Leistung ist im Versicherungsschein an zusätzlichen Ziffern zu der Tarifbezeichnung KS-U erkenntlich.

Beispiel:

KS-U/10 = Leistung bis zu 10,- Euro täglich.

KS-U/30 = Leistung bis zu 30,- Euro täglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kurtagegeldversicherung bei stationären Kuren nach dem Tarif KS1-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Räumlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland und nach Zusage des Versicherers auch im europäischen Ausland (Abschnitt B 1 a).

b) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsumfang

Das Mindestkurtagegeld beträgt 3,- Euro. Erhöhungen um je 1,- Euro sind möglich. Die Höhe des vereinbarten Kurtagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

5. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen ist für Mehrleistungen die Wartezeit (§ 3 Abs. 2 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

7. Wartezeit

Die Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 kann erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

8. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsvoraussetzung

a) Das vereinbarte Kurtagegeld wird gezahlt, wenn

- eine medizinisch notwendige stationäre Kurbehandlung in einer Kurkrankenanstalt (Sanatorium, Kurklinik oder Heilstätte) stattfindet, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, und
- die Zahlung nach Möglichkeit vor Kurbeginn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beantragt und vom Versicherer schriftlich zugesagt wird. Sofern ein Träger der Sozialversicherung oder die Festsetzungsstelle eines Beihilfegebers eine stationäre Kurbehandlung genehmigt hat und sich an den Kosten beteiligt, kann statt des ärztlichen Attestes der Nachweis über diese Bewilligung vorgelegt werden. Die Zusage wird auch für stationäre Kurbehandlungen in europäischen Ländern erteilt, wenn Kurkrankenanstalten aufgesucht werden, die mit inländischen Häusern vergleichbar sind.

b) Das vereinbarte Kurtagegeld wird in doppelter Höhe gezahlt, wenn die Kur unter den Voraussetzungen von Buchstabe a innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 12-tägigen stationären Krankenhausbehandlung angetreten wird.

2. Leistungsdauer

Das vereinbarte Kurtagegeld wird je Leistungsperiode für höchstens 30 Tage gezahlt. Jede Leistungsperiode umfasst drei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009).

Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Leistungsunterlagen

Die Kurbehandlung muss nach ihrem Abschluss durch eine Bescheinigung der Kurkrankenanstalt über die Dauer und des behandelnden Arztes über die Diagnose und die Art der Behandlung nachgewiesen werden.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Zu den in § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 genannten Krankheiten und Unfallfolgen zählen auch Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

b) Versicherungsschutz im europäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

c) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 MB/KT 2009 wird bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

d) Anpassung der Karenzzeit

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich auch eine Verlängerung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, kann er in Anlehnung an § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, die Karenzzeit und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend der verlängerten Entgeltfortzahlung anpassen.

Bis zum Zeitpunkt der Anpassung besteht Leistungspflicht im bisherigen Umfang für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

e) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind.

f) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst wäh-

rend des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden selbstständig Erwerbstätigen und Arbeitnehmer im Alter von 16 bis 67 Jahren. Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang und Nettoeinkommen

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon vereinbart oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen – zuzüglich der nach c) versicherbaren Beträge – nicht übersteigen.

b) Das Nettoeinkommen ist:

- bei Arbeitnehmern, das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte regelmäßig wiederkehrende arbeitsvertraglich vereinbarte Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge;
- bei Selbstständigen und Freiberuflern 75 % des nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern aus der beruflichen Tätigkeit.

c) Zusätzlich zum Nettoeinkommen sind versicherbar:

- bei gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmern, die von diesen während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Anteile für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk, die Arbeitslosen- und soziale Pflegeversicherung;
- bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern, der Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung sowie die vom Arbeitnehmer während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk;
- bei Selbstständigen und Freiberuflern, die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. berufsständischen Versorgung zahlen, die von diesen während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Anteile für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk.

d) Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarungen getroffen werden.

e) Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet.

f) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274., 365. und 547. Tag der Arbeitsunfähigkeit vereinbart werden.

Die vereinbarten Leistungsbeginne gelten auch für den Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 für die nachgewiesene Dauer der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und den Entbindungstag.

4. Wartezeiten

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KT 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

* siehe Anhang zu den MB/KT 2009

Die Wartezeit nach § 1 a Abs. 5 MB/KT 2009 gilt uneingeschränkt.

- b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das vereinbarte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continental Krankenversicherung a.G. besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§ 1 a Abs. 5 sowie §§ 2 und 3 MB/KT 2009 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Für den Versicherungsfall nach § 1 MB/KT 2009 wird das vereinbarte Krankentagegeld für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 2009) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

nach Tarifstufe

V4-U	} ab dem	4.	} Tag der Arbeitsunfähigkeit
V8-U		8.	
V15-U		15.	
V22-U		22.	
V29-U		29.	
V43-U		43.	
V64-U		64.	
V92-U		92.	
V183-U		183.	
V274-U		274.	
V365-U		365.	
V547-U		547.	

Für den Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 wird das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der Tarifstufe (z.B. V4-U = ab dem 4. Tag der Mutterschutzfristen) für jeden Tag der nachgewiesenen Dauer der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und am Entbindungstag (§ 1 a Abs. 1 und 2 MB/KT 2009) nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a bzw. b MB/KT 2009.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechtigterweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Abweichend von § 5 Abs. 1 c MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
4. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.
5. Abweichend von § 5 Abs. 1 g MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht, soweit
 - die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers stationär erfolgt und
 - unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen nachgewiesen wird.

Die Leistungseinschränkungen nach den §§ 5 Abs. 1 f und 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfallen insoweit.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Leistungserbringer auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.

2. Ein Wechsel des Leistungserbringers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

IV. Anzeige über den Eintritt und die Dauer der Mutterschutzfristen / Entbindung

Der Eintritt und die Dauer der Mutterschutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind dem Versicherer nachzuweisen. Für die Beantragung des Krankentagegeldes ist eine von einem Arzt oder einer Hebamme ausgestellte Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin einzureichen. Der Entbindungstag und damit die Dauer der Mutterschutzfrist nach der Entbindung sind durch die Geburtsurkunde oder standesamtliche Geburtsbescheinigung nachzuweisen. Bei einer

Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt oder einer festgestellten Behinderung des Neugeborenen ist zusätzlich eine gesonderte Bestätigung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 1 a Abs. 1 Satz 2, 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

V. Anrechnung anderweitiger Ansprüche

Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld werden auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem vereinbarten Krankentagegeld das Nettoeinkommen übersteigen.

Auf das vereinbarte Krankentagegeld im Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 werden zusätzlich Ansprüche auf Mutterschaftsgeld, einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld durch den Arbeitgeber, Elterngeld oder vergleichbare Leistungen angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.

b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns

kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes nach Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruhensversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen. Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a MB/KT 2009 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu vereinbarenden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeveraussetzungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

d) Vollendung des 67. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 gilt das 67. Lebensjahr.

Mit Vollendung des 67. Lebensjahres hat der Versicherungsnehmer das Recht, im Sinne des § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, es sei denn, der Versicherte bezieht eine Altersrente. Hierzu zählen auch Altersruhegelder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Wird von dem Recht nach Satz 2 kein Gebrauch gemacht, endet das Versicherungsverhältnis spätestens nach Vollendung des 67. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

Die Bestimmungen bezüglich des 70. und des 75. Lebensjahres nach § 196 Abs. 1 und 3 VVG (siehe Anhang) gelten weiterhin.

e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz (Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe) angepasst. Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und

der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten dieses Tarifs. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KT 2009 angewendet.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes, der Leistungsbeginn und gegebenenfalls das Leistungsende sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

V8-U/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich

V43-U/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA-U

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Zu den in § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 genannten Krankheiten und Unfallfolgen zählen auch Berufskrankheiten und Berufsunfälle.

b) Versicherungsschutz im europäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 Satz 1 MB/KT 2009 erstreckt sich für Versicherungsverträge mit Leistungsbeginn ab dem 43. Tag oder später bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der Versicherungsschutz auf das europäische Ausland.

c) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von § 1 Abs. 7 MB/KT 2009 wird bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder

Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

d) Anpassung der Karenzzeit

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich auch eine Verlängerung der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Entgelt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, kann er in Anlehnung an § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, die Karenzzeit und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend der verlängerten Entgeltfortzahlung anpassen.

Bis zum Zeitpunkt der Anpassung besteht Leistungspflicht im bisherigen Umfang für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit.

e) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 6 MB/KT 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind.

* siehe Anhang zu den MB/KT 2009

f) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KT 2009.

2. Versicherungsfähiger Personenkreis

Versicherungsfähig sind für die Zeit ihrer Erwerbstätigkeit bis zum vollendeten 67. Lebensjahr alle Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, soweit sie eine selbstständige Praxis ausüben oder angestellt sind.

Nicht versicherungsfähig ist, wer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld bezieht.

3. Versicherungsumfang und Nettoeinkommen

a) Das Mindestkrankentagegeld beträgt 1,- Euro. Es kann in ganzen Vielfachen davon vereinbart oder nachträglich erhöht werden und darf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen – zuzüglich der nach c) versicherbaren Beträge – nicht übersteigen.

b) Das Nettoeinkommen ist:
 – bei Arbeitnehmern, das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte regelmäßig wiederkehrende arbeitsvertraglich vereinbarte Bruttoeinkommen abzüglich Steuern und Sozialversicherungsbeiträge;
 – bei Selbstständigen und Freiberuflern 75 % der Praxis-einnahmen (Betriebseinnahmen ohne Betriebseinnahmen aus der Inanspruchnahme von Fremdlaboren) vor Kürzung um die Betriebsausgaben.

c) Zusätzlich zum Nettoeinkommen sind versicherbar:
 – bei gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmern, die von diesen während der Arbeitsunfähigkeit zu tragenden Anteile für die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk, die Arbeitslosen- und soziale Pflegeversicherung;
 – bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern, der Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankheitskosten- und Pflegepflichtversicherung sowie die vom Arbeitnehmer im Versicherungsfall zu tragenden Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung bzw. das berufsständische Versorgungswerk.

d) Darüber hinaus können gesonderte schriftliche Vereinbarungen getroffen werden.

e) Ansprüche auf anderweitige Krankentagegelder und Krankengelder (vor Abzug von Sozialabgaben) werden zur Berechnung der Höchstgrenze des versicherbaren Krankentagegeldes angerechnet.

f) Die Versicherung kann mit Leistungsbeginn ab dem 1., 4., 8., 15., 22., 29., 43., 64., 92., 183., 274. und 365. Tag der Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung vereinbart werden.

Die vereinbarten Leistungsbeginne gelten auch für den Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 für die nachgewiesene Dauer der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und den Entbindungstag.

4. Wartezeiten

a) Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KT 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Wartezeit nach § 1 a Abs. 5 MB/KT 2009 gilt uneingeschränkt.

b) Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 auch dann, wenn ein geringerer Krankengeldanspruch als das vereinbarte Krankentagegeld oder kein Krankengeldanspruch bestand. Diese Anrechnung erfolgt bis zur Höhe des für die versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung höchstmöglichen Krankengeldanspruchs; frühestmöglicher Leistungsbeginn ist in diesem Fall der 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit. Voraussetzung ist, dass gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Mehrleistungen

§ 1 a Abs. 5 sowie §§ 2 und 3 MB/KT 2009 gelten entsprechend für die Mehrleistungen nach einer Änderung des bestehenden Versicherungsschutzes.

6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen

1. Leistungshöhe

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = Betrag in Euro).

2. Leistungsdauer

Für den Versicherungsfall nach § 1 MB/KT 2009 wird das vereinbarte Krankentagegeld für jeden Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 MB/KT 2009) einschließlich der Sonn- und Feiertage nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt:

nach Tarifstufe			
VA1-U	} ab dem	1.	} Tag der Arbeitsunfähigkeit
VA4-U		4.	
VA8-U		8.	
VA15-U		15.	
VA22-U		22.	
VA29-U		29.	
VA43-U		43.	
VA64-U		64.	
VA92-U		92.	
VA183-U		183.	
VA274-U		274.	
VA365-U		365.	

Für den Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 wird das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der Tarifstufe (z.B. VA4-U = ab dem 4. Tag der Mutterschutzfristen) für jeden Tag der nachgewiesenen Dauer der Mutterschutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und am Entbindungstag (§ 1 a Abs. 1 und 2 MB/KT 2009) nachträglich, gegebenenfalls in Teilbeträgen, gezahlt.

Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 a bzw. b MB/KT 2009.

II. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1. Sofern der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei seiner Fortzahlung des Arbeitsentgelts berechnungsweise zusammengerechnet hat, werden diese Zeiten abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KT 2009 auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
2. Abweichend von § 5 Abs. 1 c MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.
3. Abweichend von § 5 Abs. 1 d MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit wegen der durch Schwangerschaft bedingten Krankheiten, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung.
4. Die befristete Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KT 2009 entfällt bei stationärer Unterbringung in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim.
5. Abweichend von § 5 Abs. 1 g MB/KT 2009 besteht Leistungspflicht, soweit
 - die Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. die Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers stationär erfolgt und
 - unmittelbar vor Beginn der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme des gesetzlichen Rehabilitationsträgers eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mindestens vier Wochen nachgewiesen wird.

Die Leistungseinschränkungen nach den §§ 5 Abs. 1 f und 5 Abs. 2 MB/KT 2009 entfallen insoweit.

III. Anzeige der Arbeitsunfähigkeit

1. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch Vorlage einer die Krankheit bezeichnenden ärztlichen Bescheinigung dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag anzuzeigen, an dem dessen Leistungspflicht beginnt.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Leistungserbringer auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Sobald der Versicherte wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig ist, hat der Versicherungsnehmer das innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.
2. Ein Wechsel des Leistungserbringers, der aus medizinischen Gründen nicht notwendig ist, muss dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

IV. Anzeige über den Eintritt und die Dauer der Mutterschutzfristen / Entbindung

Der Eintritt und die Dauer der Mutterschutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind dem Versicherer nachzuweisen. Für die Beantragung des Krankentagegeldes ist eine von einem Arzt oder einer Hebamme ausgestellte Bescheinigung über den voraussichtlichen Entbindungstermin einzureichen. Der Entbindungstag und damit die Dauer der Mutterschutzfrist nach der Entbindung sind durch die Geburtsurkunde oder standesamtliche Geburtsbescheinigung nachzuweisen. Bei einer Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt oder einer festgestellten

Behinderung des Neugeborenen ist zusätzlich eine gesonderte Bestätigung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Bei einem Verstoß gegen diese sich aus den §§ 1 a Abs. 1 Satz 2, 4 Abs. 7 und 9 Abs. 1 und 2 MB/KT 2009 ergebenden Anzeige- und Nachweispflichten kann der Versicherer die Zahlung des Krankentagegeldes mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KT 2009).

V. Anrechnung anderweitiger Ansprüche

Ansprüche auf ein anderweitiges Krankentagegeld, Krankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld werden auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet, soweit diese Ansprüche zusammen mit dem vereinbarten Krankentagegeld das Nettoeinkommen übersteigen.

Auf das vereinbarte Krankentagegeld im Versicherungsfall nach § 1 a MB/KT 2009 werden zusätzlich Ansprüche auf Mutterschaftsgeld, einen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld durch den Arbeitgeber, Elterngeld oder vergleichbare Leistungen angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KT 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Ende und Weiterführung der Versicherung

1. Besondere Kündigungsbestimmungen

a) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Auf das ordentliche Kündigungsrecht wird verzichtet, wenn gleichzeitig Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht.

Für den Fall, dass Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in Höhe des angerechneten Krankengeldanspruchs, wenn eine Vorversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 3 Abs. 5 MB/KT 2009 berücksichtigt wurde.

b) Kündigung bei Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei nachträglicher Erhöhung des Krankentagegeldes oder bei Vereinbarung eines früheren Leistungsbeginns kann der Versicherer die Vereinbarung über diese Mehrleistungen zum Ende des laufenden Versicherungsjahres oder zum Ende eines der folgenden zwei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen. § 7 Satz 2 MB/KT 2009 gilt entsprechend.

Der Versicherer verzichtet bei Anpassung des Versicherungsschutzes nach Abschnitt F auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn auch für die bestehende Versicherung kein ordentliches Kündigungsrecht ausgeübt werden kann.

2. Weiterführung der Versicherung

a) Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen

Bei einer Einberufung zu staatlichen Dienstleistungen hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag für die Dauer der Dienstleistung als Ruhensversicherung fortzuführen; ansonsten endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des der Einberufung folgenden Monats.

b) Nichtausübung der Erwerbstätigkeit

Bei vorübergehender Nichtausübung der selbstständigen Tätigkeit trotz Arbeitsfähigkeit und bei Arbeitslosigkeit ruhen die beiderseitigen Rechte und Pflichten bis zur Dauer von zwölf Monaten. Mit Ablauf dieser Zeit erlischt die Versicherung für die betroffenen Personen. Beginn und Ende der Arbeitslosigkeit sind durch Vorlage geeigneter Bescheinigungen nachzuweisen.

c) Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses wegen Bezug von Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 15 Abs. 1 a MB/KT 2009 in Verbindung mit Abschnitt A 2 der Tarifbedingungen) kann die Versicherung für die Dauer des Rentenbezugs als Anwartschaftsversicherung weitergeführt werden. Bei Bezug von Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung kann der Ausfall eines zusätzlich erzielten Arbeitsentgelts bis zu dem im Rentenbescheid angegebenen höchstmöglichen Hinzuverdienst unter Wahrung der bisherigen Rechte versichert werden; im Hinblick auf die Höhe und den Leistungsbeginn des zu vereinbarenden Krankentagegeldes sowie die grundsätzliche Aufnahmefähigkeit des ausgeübten Berufs gelten die jeweils aktuellen Annahmeverordnungen für das Neugeschäft. Für das zusätzlich erzielte Arbeitsentgelt darf die Höhe des bisher vereinbarten Krankentagegeldes nicht überschritten werden. Eine Anwartschaftsversicherung nach § 15 Abs. 2 MB/KT 2009 wird um die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes reduziert.

d) Vollendung des 67. Lebensjahres

Abweichend von § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 gilt das 67. Lebensjahr.

Mit Vollendung des 67. Lebensjahres hat der Versicherungsnehmer das Recht, im Sinne des § 15 Abs. 1 c MB/KT 2009 in Verbindung mit § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, es sei denn, der Versicherte bezieht eine Altersrente. Hierzu zählen auch Altersruhegelder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen.

Wird von dem Recht nach Satz 2 kein Gebrauch gemacht, endet das Versicherungsverhältnis spätestens nach Vollendung des 67. Lebensjahres zum Ende des laufenden Kalenderjahres.

Die Bestimmungen bezüglich des 70. und des 75. Lebensjahres nach § 196 Abs. 1 und 3 VVG (siehe Anhang) gelten weiterhin.

e) Ehescheidung

Liegt ein rechtskräftiges Ehescheidungsurteil vor, haben die geschiedenen Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile selbstständig fortzuführen, soweit die Voraussetzungen dann noch vorliegen.

F) Anpassung des Versicherungsschutzes

Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz (Erhöhung des vereinbarten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe) angepasst. Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag; für den bisherigen Versicherungsschutz vereinbarte besondere Bedingungen gelten auch für das zusätzlich vereinbarte Krankentagegeld.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.

Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des Folgemonats beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn der neuen Tarifstufe nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.

Für die zum Zeitpunkt einer Erhöhung bereits eingetretenen Versicherungsfälle besteht kein Anspruch auf die höheren Leistungen, sofern der Versicherungsfall vor Eingang des Erhöhungsantrages beim Versicherer eingetreten ist.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten dieses Tarifs. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KT 2009 angewendet.

Zusätzliche Ziffern zur Tarifbezeichnung

Die Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes und der Leistungsbeginn sind aus der Tarifbezeichnung ersichtlich.

Zum Beispiel:

VA8-U/50 = ab dem 8. Arbeitsunfähigkeitstag 50,- Euro Krankentagegeld täglich
VA43-U/20 = ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag 20,- Euro Krankentagegeld täglich

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (ANV, ANV-U, AWVA und AWVA-U)

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Abschlussfähigkeit

Für die Tarife V, V-U, VA und VA-U kann bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung, Anspruch auf Heilfürsorge, längerem Auslandsaufenthalt, außergewöhnlicher, wirtschaftlicher Notlage oder vergleichbaren, schwerwiegenden Gründen eine Anwartschaftsversicherung mit Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B vereinbart werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder zu begründen.

2. Versicherungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs, für den die Anwartschaftsversicherung besteht, entsprechend, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

3. Versicherungsdauer

Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum vereinbart. Eine vorzeitige Übernahme in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif ist nur mit Zustimmung des Versicherers möglich.

B) Leistungen des Versicherers

Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei. Der Versicherer ist mit Beendigung der Anwartschaftsversicherung zur Übernahme in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif zu folgenden Bedingungen verpflichtet:

1. Beitragsberechnung

Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist der volle tarifliche Beitrag, der sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung

nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergibt, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.

2. Versicherung erschwerter Risiken

Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3. Wartezeiten

Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Der Anwartschaftsbeitrag beträgt
– 20 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif V oder V-U,
– 40 % des Beitrags für den vereinbarten Tarif VA oder VA-U.

2. Vorzeitige Beendigung

Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder die Versicherung aus anderen Gründen nicht wirksam, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

D) Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht.

Die Dauer der Anwartschaftsversicherung gilt nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif nicht als leistungsfreier Zeitraum für die Berechnung der Höhe der Beitragsrückerstattung.

Besondere Bedingungen für Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden oder eine mit dieser vergleichbare Tätigkeit ausüben (AZ) (Auszug)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind:

1. Versicherungsfähig sind – soweit sie das 21. Lebensjahr vollendet und solange sie das 39. Lebensjahr noch nicht überschritten haben –
 - a) Personen, die in der Ausbildung zu einem anerkannten Beruf stehen und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwärterbezügen – haben;
 - b) Ärzte in Ausbildung zum Facharzt, die lediglich Einkünfte aus der Erwerbstätigkeit als Arzt haben;
 - c) Schüler im zweiten Bildungsweg oder Personen in einer Ausbildung in Vollzeit zum geprüften Handwerksmeister oder zu vergleichbaren Meisterabschlüssen, die keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben;
 - d) Studenten – soweit sie das 17. Lebensjahr vollendet haben – die keine regelmäßigen Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit haben;

e) nicht berufstätige Ehegatten und nicht berufstätige eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerchaftsgesetz der unter a - d genannten Personen.

2. Für die Zeit der Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter und ergeben sich aus der geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. und 35. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben davon unberührt.
3. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen endet für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 1 wegfällt.

Für Ärzte in Ausbildung zum Facharzt (Nr. 1 b) endet die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen zum Ende des Monats, in dem die Facharztprüfung bestanden wird. Die Besonderen Bedingungen AZ enden für diesen Personenkreis jedoch spätestens zum Ende des Monats, in dem das sechste Jahr ab Beginn der ersten Anstellung als Arzt abgeschlossen wird; in Ausnahmefällen (z.B. Unterbrechung der Ausbildung wegen Elternzeit) kann eine Verlängerung vereinbart werden.

Für Personen in Ausbildung zum geprüften Handwerksmeister oder zu vergleichbaren Meisterabschlüssen (Nr. 1 c) endet die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen spätestens zum Ende des dritten Jahres ab Beginn der Meisterausbildung.

Für Studenten (Nr. 1 d) endet die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen spätestens zum Ende des Monats, in dem das 12. Fachsemester abgeschlossen wird; in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Abschluss einer bereits begonnenen Prüfung, Prüfungswiederholung) kann eine einmalige Verlängerung um bis zu drei Semester vereinbart werden.

- Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach dem vereinbarten Tarif weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter.

Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt der Weiterführung an mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 1 innerhalb einer Frist von einem Monat in Textform mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die Versicherungsfähigkeit zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.
- Besteht im Anschluss an die Ausbildung nach Nr. 1 Arbeitslosigkeit, ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für 18 Monate und längstens bis zur Vollendung

des 39. Lebensjahres, die Fortführung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen möglich. Insoweit kann der Versicherungsschutz ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen des bestehenden Tarifs in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Ausbildung beantragt wird. Bereits bestehende besondere Vereinbarungen gelten entsprechend auch für den erweiterten Versicherungsschutz. Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.

- In Tarifen, die für Jugendliche eine niedrigere Selbstbeteiligung als für Erwachsene vorsehen, gilt für Studenten abweichend von den Tarifbedingungen die höhere Selbstbeteiligung für Erwachsene.
- In Tarifen, die eine Pauschalleistung mit einem absoluten Pauschalleistungs-Grundbetrag vorsehen, gilt für die Zeit der Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen der halbierte Pauschalleistungs-Grundbetrag.
- Nach Tarifen, die ausschließlich für Erwachsene eine Pauschalleistung mit absoluten Beträgen vorsehen, wird auch für Studenten eine Pauschalleistung erbracht. Nr. 8 gilt entsprechend.
- Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung:

AZ KHT/20 = Besondere Bedingungen zum Krankentagegeldtarif KHT mit einem Krankentagegeld von 20,- Euro täglich.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

- Für vereinbarte Tarife, deren technische Berechnungsgrundlagen die große Anwartschaftsversicherung (AG) vorsehen, kann diese bei gesetzlicher Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung, längerem Auslandsaufenthalt oder vergleichbaren Gründen vereinbart werden, um für die versicherte Person erworbene Rechte zu erhalten oder neue Rechte zu begründen.
- Die Anwartschaftsversicherung wird für einen begrenzten Zeitraum vereinbart. Sie endet mit Aufleben der Versicherung nach dem vereinbarten Tarif. Eine vorzeitige Übernahme in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif oder eine Verlängerung ist nur mit Zustimmung des Versicherers möglich.
- Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei.
- Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
- Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
- Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

- Für vereinbarte Tarife, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden, beträgt der Anwartschaftsbeitrag

– für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre)	5 %
– für Männer (21–65 Jahre)	30 %
– für Männer (ab 66 Jahre)	5 %
– für Frauen (21–65 Jahre)	20 %
– für Frauen (ab 66 Jahre)	5 %

vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

Für vereinbarte Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, beträgt der Anwartschaftsbeitrag

– für Kinder und Jugendliche (0–20 Jahre)	5 %
– für Erwachsene (21–65 Jahre)	30 %
– für Erwachsene (ab 66 Jahre)	5 %

vom Beitrag des vereinbarten Tarifs.

Von dem auf die Vollendung des 20. und 65. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an gilt der Prozentsatz der nächsthöheren Altersgruppe.

Die genannten Prozentsätze können sich bei Beitragsveränderungen, insbesondere Beitragsanpassungen, mit Zustimmung des Treuhänders ändern.

- Ein Übertragungswert nach § 13 Abs. 8 MB/KK 2009 wird bereits während der Laufzeit der Anwartschaftsversicherung aufgebaut, ein Anspruch auf Übertragung besteht aber erst nach Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif.
- Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder nicht in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt, so erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

10. Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist der volle tarifliche Beitrag, der sich unter Berücksichtigung sowohl des Alters bei Beginn der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen als auch zwischenzeitlicher Leistungs- und Beitragsanpassungen ergibt, einschließlich etwaiger Beitragszuschläge zu entrichten.
11. Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Leistungsfreiheitsrabatt besteht für die Dau-

er der Anwartschaftsversicherung nicht. Die Dauer der Anwartschaftsversicherung gilt nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif nicht als leistungsfreier Zeitraum für die Berechnung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder des Leistungsfreiheitsrabattes.

12. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs mit folgenden Besonderheiten:

1. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter können zu allen für den Neuzugang geöffneten Tarifen der Krankheitskostenversicherung vereinbart werden, für die eine Alterungsrückstellung gemäß § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009 zu bilden ist.
2. Versicherungsfähig sind alle Personen ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Die Besonderen Bedingungen können bis zum Alter von 64 Jahren vereinbart werden.
3. Als monatliche Beitragsermäßigung kann ein Betrag von mindestens 5,- Euro und höchstens 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags für den Tarif, in dem diese Besonderen Bedingungen gelten, vereinbart werden.
4. Die monatlichen Beitragsraten für die Besonderen Bedingungen richten sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter und ergeben sich aus der Beitragsübersicht in der jeweils geltenden technischen Berechnungsgrundlage.
5. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, verringern sich die monatlichen Beitragsraten der Krankheitskostenversicherung um die vereinbarte Beitragsermäßigung, maximal um 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags.
6. Bei erstmaligem Bezug von Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente bzw. Erhalt von Pensionsbezügen kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn dieses Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe

der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

7. Zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr kann die versicherte Person auf Antrag die Beitragsermäßigung abweichend von Nr. 5 zu Beginn eines in diesem Zeitraum liegenden Kalenderjahres wirksam werden lassen. In diesen Fällen wird die Höhe der monatlichen Beitragsermäßigung entsprechend den Festlegungen in den technischen Berechnungsgrundlagen unter Berücksichtigung der vorhandenen Alterungsrückstellung nach den anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.
8. Das Wirksamwerden der Beitragsermäßigung vermindert nicht den eventuellen Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder einen Leistungsfreiheitsrabatt; demzufolge wird für die Ermittlung der Höhe der Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung und/oder des Leistungsfreiheitsrabattes der Beitragsanteil der Besonderen Bedingungen nicht mitgerechnet.
9. Bei Änderungen der technischen Berechnungsgrundlagen kann sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ändern.
10. Die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter enden mit der Beendigung des Tarifs der Krankheitskostenversicherung, in dem sie vereinbart sind, falls kein anderer Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz fortgeführt wird. Gegenseitige Rechte und Pflichten bestehen dann aus den Besonderen Bedingungen nicht mehr.
11. Sind die Besonderen Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter vereinbart, wird die Tarifbezeichnung der betroffenen Tarife durch BE ergänzt.

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2022) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 – 15 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang*) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV - siehe Anhang*) für

- | | |
|--|------------|
| 1. Beihilfeberechtigte | 50 Prozent |
| 2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern | 30 Prozent |
| 3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang*) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht, | 30 Prozent |
| 4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer | 30 Prozent |
| 5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen | 20 Prozent |
- der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 – 15 vorgesehenen Beträge.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

Sehen die Beihilfavorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41,- Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 – 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu 724,- Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu 1.363,- Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu 1.693,- Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu 2.095,- Euro

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang*) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang*) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

- a) 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- b) 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- c) 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- d) 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612,- Euro je Kalenderjahr erstattet.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806,- Euro auf insgesamt bis zu 2.418,- Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der Privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.

Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu

100 Prozent

erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,- Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

- 42 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu
40,- Euro
je Kalendermonat erstattet.

- 43 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf
4.000,- Euro
je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000,- Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

- a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu
689,- Euro,
b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu
1.298,- Euro,
c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu
1.612,- Euro,
d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu
1.995,- Euro

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.774,- Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612,- Euro auf insgesamt bis zu 3.386,- Euro im Kalenderjahr er-

höhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

- 7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal
- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von
770,- Euro je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von
1.262,- Euro je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von
1.775,- Euro je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von
2.005,- Euro je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang), in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von fünfzehn Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens 266,- Euro je Kalendermonat, abgegolten. Satz 1 gilt auch für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des SGB IX erhalten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952,- Euro.
In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 und 9 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Be-

handlungspflege pauschal in Höhe von 125,- Euro je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent,
 - die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent,
 - die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent,
 - die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent,

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) – Sechstes Buch (VI) – (siehe Anhang*) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – (siehe Anhang*).

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang*) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang*); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang*) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang*).

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang*) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang*) gezahlt.

Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang*). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang*) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang*) gezahlt.

Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang*) gezahlt.

Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang*) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang*). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200,- Euro täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- der teilstationären Pflege,
- der Kurzzeitpflege,
- der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7 MB/PPV 2022, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang*)

werden bis zu

125,- Euro

monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

12. Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70,- Euro.

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214,- Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000,- Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500,- Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen zusammen bis zu insgesamt 50,- Euro im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Betrages.

Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Abs. 1 Satz 1 SGB XI (siehe Anhang) übersteigen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Der Versicherer informiert die versicherten Personen über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten.

In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar	50.45.01.1000-1999
– Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
– Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999
– Niedrigpflegebetten	50.45.01.5000-5999
1.2 Pflegebettenzubehör	
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
– Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
– Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
– Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
– Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
1.4 Spezielle Pflegebettische	
– Pflegebettische	50.45.04.0001-0999
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
– Sitzhilfen bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken	
– Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999
Hilfsmittel*:	
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.10 Zubehör für Lifter	
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.11 Umsetz- und Hebehilfen	
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
– Umlager- / Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
– Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
Innenraum und Außenbereich	
1.12 Schieberollstühle	
– Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
1.13 Treppenfahrzeuge	
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene	HMV-Nummer
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
– Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
– Kopfwashsysteme	51.45.01.0001-0999
– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
2.3 Badewannenlifter	
– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4 Badewanneneinsätze	
– Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5 Badewannensitze	
– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6 Duschhilfen	
– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
– Duschiiegen	04.40.03.3000-3999
– Fahrbare Duschiiegen	04.40.03.4000-4999
– Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7 Toilettensitze	
– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
– Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8 Toilettenstützgestelle	
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
– Toilettenstutzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9 Toilettenstühle	
– Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
– Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
– Boden-Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.11 Dusch-/Toilettenrollstühle	
– Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
– Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
– Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

2.12 Toilettenrollstühle	
– Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
– Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
– Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999

2.13 Duschrollstühle	
– Dusch-Schieberrollstühle	18.46.03.1000-1999
– Dusch-Schieberrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
– Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

3. Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung / Mobilität	HMV-Nummer
---	-------------------

3.1. Notrufsysteme	
– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

3.2 Hilfen zum Verlassen / Aufsuchen der Wohnung	
– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999

3.3 Gehhilfen	
– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	HMV-Nummer
---	-------------------

4.1 Lagerungsrollen	
– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999

Hilfsmittel*:

4.2 Lagerungskeile	
– Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm	20.29.01.0001-3999

4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung	
– Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien	11.39.01.1000-3999

4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung	
– Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien	11.29.01.0001-2999
– Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche	11.29.05.0001-0999
– Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	11.29.05.1000-1999
– Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen	11.29.05.2000-2999
– Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	HMV-Nummer
---	-------------------

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen	
– Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999

5.2 Schutzbekleidung	
– Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
– Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
– Mundschutz	54.99.01.2000-2999
– Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
– Einmallätzchen	54.99.01.4000-4999

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

54.99.02.0001-0999

Hilfsmittel*:

5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung
- Rechteckvorlagen, normale Saugleistung
- Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung
- Vorlagen für Urininkontinenz
- Wiederverwendbare Vorlagen

15.25.30.0001-0999
15.25.30.1000-1999
15.25.30.2000-2999
15.25.30.3000-3999
15.25.30.4000-4999
15.25.30.5000-5999
15.25.30.6000-6999

5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

- Netz hose Größe 1 / Netz hose Größe 2

15.25.02.0001-1999

5.6 Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

- Inkontinenzwindelhosen / Inkontinenzunterhosen

15.25.31.0001-8999

5.7 Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

15.25.04.4000-7999

5.8 Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril

15.25.05.1000-1999

5.9 Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril

15.25.06.1000-1999

5.10 Zubehör für Auffangbeutel

- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel

15.99.99.0007
15.99.99.0009
15.99.99.0010

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

Private Pflegepflichtversicherung

Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung

1. Allgemeines

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

- 2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.
- 2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

3. Beiträge

- 3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag zu zahlen, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.
- 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2022 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
- 3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI (siehe Anhang*) aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.
- 3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022 bzw. Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ (siehe Anhang*) oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basisarbitar gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ (siehe Anhang*), so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

4. Leistungen

Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

- 5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.
- 5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.
- 5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang*) Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1 Kündigung
 - 6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
 - 6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 6.2 Sonstige Beendigungsgründe
 - 6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.
 - 6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.
 - 6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung 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.
Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2022 entsprechend.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der Privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)

1. Allgemeines

Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

2. Voraussetzungen

- 2.1 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend nicht in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherungspflichtig sind.
- 2.2 Die große Anwartschaftsversicherung kann nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in dem in Nr. 2.1 genannten Fall abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die große Anwartschaftsversicherung ist abgeschlossen, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt.

3. Beiträge

- 3.1 Der Beitrag für die große Anwartschaftsversicherung ist ein Monatsbeitrag. Er ist abhängig vom Alter zu Beginn der großen Anwartschaft. Vereinbarte Beitragszuschläge zu der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der großen Anwartschaft nicht erhoben. Erworbene Rechte aus der der großen Anwartschaft zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden beitragsmindernd angerechnet.
- 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2022 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
- 3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der großen Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI (siehe Anhang*) aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der großen Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.
- 3.4 Bei Wiederaufleben der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung richtet sich der Beitrag der versicherten Person nach dem ursprünglichen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsänderungen zuzüglich der vor Beginn der großen Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022 bzw. Nr. 3b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ (siehe Anhang*) oder nach den „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ (siehe Anhang*), so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

3.5 Endet die große Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Aufleben des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

4. Leistungen

Für die Dauer der großen Anwartschaftsversicherung besteht – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

5. Ansprüche aus der großen Anwartschaftsversicherung

- 5.1 Durch den Abschluss einer großen Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, beim Wiedereintreten der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung diese ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.
- 5.2 Die Zeit der großen Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.
- 5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang*) Anwendung finden, in eine große Anwartschaft kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

6. Ende der großen Anwartschaftsversicherung

6.1 Kündigung

- 6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die große Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- 6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der großen Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.2 Sonstige Beendigungsgründe

- 6.2.1 Mit Wiedereintritt der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der großen Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.
- 6.2.2 Die große Anwartschaftsversicherung 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. Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die große Anwartschaftsversicherung.

7. Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2022 entsprechend.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

Private Pflegepflichtversicherung Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2022 und Tarif PV) gilt Folgendes:

1. Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i. S. v. § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 SGB XI (siehe Anhang*) werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.
2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2022 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
3. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.
4. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022, Nr. 3 b) der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und nach § 26a Abs. 1 SGB XI“ (siehe Anhang*) oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“ (siehe Anhang*), so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.
5. Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.
6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b MB/PPV 2022 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarung gilt § 18 MB/PPV 2022 entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach dem Tarif PZ-U

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegegeld oder Ersatz von Aufwendungen für Pflege sowie sonstige Leistungen, die von der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Sozialgesetzbuch XI erfasst werden, mit Ausnahme der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Zusätzlich sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen erstattungsfähig.
- b) Versicherungsfall ist die im Rahmen der PPV oder SPV festgestellte Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person.
- c) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- d) 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 Antrages verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Zuschlag (A II 2 c und d) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). 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 fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- b) 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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
Für Neugeborene, die nach Abs. 1 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.
- c) 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 Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- d) Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

* Siehe Anhang zu den MB/PPV 2022.

3. Umfang des Versicherungsschutzes und der Leistungspflicht

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere denen der PPV oder SPV.

4. Einschränkung der Leistungspflicht

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

5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- b) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- c) 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.
- d) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- e) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Übersetzungsformen wählt. Die Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

6. Ende des Versicherungsschutzes

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

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.
- b) Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

- c) 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, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- d) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
- e) Für Neugeborene, die nach Abschnitt I 2 b ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.
- f) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, 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.
- g) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- h) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. 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.
- i) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- j) Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.
- k) Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

2. Beitragsberechnung

- a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- b) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung nach 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 ausge-

geschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- c) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Zuschläge entsprechend ändern.
- d) 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.

3. Beitragsanpassung

- a) 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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- b) Eine Erhöhung der Beiträge nach Abs. a ist mit Zustimmung des Treuhänders auch dann zulässig, wenn aufgrund von Leistungserweiterungen der SPV eine nachhaltige Verschlechterung des geschäftsplanmäßig zu beobachtenden Schadenverlaufs im Vergleich zu den bei der Kalkulation eingerechneten Schäden bevorsteht.
- c) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen (weniger als 10.000 nach diesem Tarif versicherte natürliche Personen), wird dem Vergleich nach Abs. a die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.
- d) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- e) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Obliegenheiten

- a) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. Abschnitt I 5c) 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.
- b) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- c) 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.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- a) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in den Abs. 4 a bis c genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- b) Wird die in Abs. 4 c genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer unter 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.
- c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Ansprüche gegen Dritte

- a) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- b) 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.
- c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen a und b 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.
- d) 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 a bis c entsprechend anzuwenden.

7. 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.

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarifstufen beschränkt werden.
- c) 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 berech-

net 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.

- d) Erhöht der Versicherer die Beiträge oder vermindert er seine Leistungen nach Abschnitt IV 3, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- e) 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.
- f) 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. Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt 1 f Sätze 1 und 2.

3. Sonstige Beendigungsgründe

- a) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, verlegt; es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

2. Gerichtsstand

- a) 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.

- b) 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. 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.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- a) 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.
- b) 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.

V. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die in der PPV oder SPV versichert sind.

B) Leistungen des Versicherers

I. Höhe der Versicherungsleistungen

Die Höhe der Versicherungsleistung nach Abs. 1 und 2 ist abhängig von der Vorleistung der PPV oder SPV der versicherten Person und von der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine Tarifstufe beträgt 10 % der Vorleistung. Maximal können 20 Tarifstufen abgeschlossen werden. Die Zahl hinter dem Schrägstrich entspricht der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen (z.B.: PZ-U/10 = 10 Stufen = 100 %).

Erfolgt keine Vorleistung der PPV oder SPV, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif.

1. Pflegegeld

Der Versicherer zahlt im Versicherungsfall ein Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine vereinbarte Tarifstufe entspricht 10 % des von der PPV oder SPV gezahlten Pflegegeldes.

Beihilfeberechtigte erhalten das Pflegegeld, das eine nicht

beihilfeberechtigte Person bei gleichem vereinbarten Prozentsatz erhalten würde.

2. Kostenerstattung

Der Versicherer erstattet im Versicherungsfall die entstandenen Kosten – bei stationärer Pflege auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie besondere Komfortleistungen und zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (siehe A I 1 a) –, die über die Leistungen hinausgehen, die die versicherte Person von der PPV oder SPV und an Beihilfe erhält, bis zu der versicherten Höchstsumme.

Die Höchstsumme ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Tarifstufen. Eine vereinbarte Tarifstufe entspricht 10 % der Vorleistung der PPV oder SPV.

Bei Beihilfeberechtigten entspricht eine vereinbarte Tarifstufe 10 % der Vorleistung, die eine nicht beihilfeberechtigte Person aus der PPV oder SPV erhalten würde.

II. Nachweis der Vorleistung

Der Versicherungsnehmer muss die Höhe der Vorleistung durch die PPV oder SPV und die Beihilfe nachweisen. Die Belege müssen in Urschrift vorgelegt werden, spezifiziert sein und insbesondere den Vor- und Zunamen der gepflegten Person enthalten.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG-E

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge

und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Das Pflegetagegeld kann für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege mit jeweils einem Tagessatz vereinbart werden.

Der Tagessatz ist in vollen Eurobeträgen zu vereinbaren. Ein vereinbarter Tagessatz muss mindestens 10,- Euro betragen. Der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege darf nicht höher sein als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Wird für die Leistungsart ambulante Pflege kein Pflegetagegeld vereinbart, ist für diese Leistungsart der Tagessatz mit 0,- Euro anzugeben.

Die Höhe der vereinbarten Tagessätze für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege in Euro.

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend. Stellt die PPV oder SPV den Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 fest, ist dies für das Ende der Leistungspflicht nach diesem Tarif maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

- eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
- von Wartezeiten besteht oder
- des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

Folgebegutachtungen sind möglich, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen. Es gelten die Bestimmungen nach Abschnitt C 2 b.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungen bei ambulanter und vollstationärer Pflege

Für die vereinbarten Leistungsarten ambulante oder vollstationäre Pflege wird ab Beginn der Leistungspflicht des Versicherers ein vereinbartes Pflagegeld gezahlt. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt wird.

1. Leistungen bei ambulanter Pflege

Bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) wird je Tag der Pflegebedürftigkeit für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
4	50
5	100

Wird die ambulante Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

2. Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
4	50
5	100

Wird die vollstationäre Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erhaltene Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zurückzahlen.

II. Beitragsbefreiung

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, besteht für sie als zusätzliche tarifliche Leistung eine Beitragsbefreiung für diesen Tarif.

Der Umfang der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Befreiung des Beitrages in %
4	50
5	100

Die Beitragsbefreiung beginnt ab dem 1. des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer Versicherungsleistungen für Pflegegrad 4 oder 5 nach Abschnitt B I erbringt.

Sofern für die versicherte Person die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, jedoch keine Versicherungsleistungen nach Abschnitt B I erbracht werden, weil kein Pflagegeld für die Leistungsart ambulante Pflege vereinbart wurde (Tagessatz von 0,- Euro), beginnt die Beitragsbefreiung frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Beitragsbefreiung beim Versicherer stellt.

Die Beitragsbefreiung endet zum 1. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die nach Satz 1 erforderliche Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Wird dann das Versicherungsverhältnis fortgesetzt, ist der Beitrag zu entrichten, der sich unter Berücksichtigung der Abschnitte D, E, F und G im Verlauf des Versicherungsverhältnisses ergibt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 6 a sind die Feststellung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 sowie jede Änderung des Pflegegrades der versicherten Person durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV dem Versicherer vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen. Der Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist ebenfalls unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich darüber hinaus das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer zu verlangen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen. Ein späterer Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist dem Versicherer jedoch durch geeignete Nachweise vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 vom Versicherungsnehmer zu verlangen. Beurteilt der Versicherer die Nachweise als nicht ausreichend, kann er eine Folgebegutachtung durch einen von ihm beauftragten Gutachter zur Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 verlangen. Reicht der Versicherungsnehmer die erforderlichen Nachweise nicht ein oder erteilt die versicherte Person nicht ihr Einverständnis zur Folgebegutachtung, kann der Versicherer die Leistungen verweigern. Die entstehenden Kosten einer vom Versicherer verlangten Folgebegutachtung trägt der Versicherer. Verlangt der Versicherungsnehmer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten der Folgebegutachtung.

D) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Tagessätze werden – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – ohne erneute Risikoprüfung alle zwei Jahre zum 1. Juli um jeweils 5 % erhöht, sofern die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; frühestens jedoch nach Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden auf volle Eurobeträge aufgerundet.

Für die hinzukommenden Tagessätze wird ein Beitrag erhoben, der sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Lebensalter richtet. Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II erstreckt sich auch auf den durch die dynamische Erhöhung hinzukommenden Beitrag.

Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung der Tagessätze bis zum Ende des Monats in Textform widersprechen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.

Wird mehr als zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden dynamischen Erhöhungen widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen der Tagessätze. Das Recht auf dynamische Erhöhungen der Tagessätze kann nach erneuter Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Optionsrechte

1. Optionsrecht auf Wechsel in den Tarif PG

Für die versicherte Person besteht – auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit – das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in den Tarif PG (Tarifstufe PG-K oder PG-K-plus) zu wechseln. Das Optionsrecht kann nur so wahrgenommen werden, dass nach dem Wechsel für die versicherte Person nur eine der beiden Tarifstufen besteht.

Für die versicherte Person kann dieses Recht mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 40, 50 oder 60 Jahre alt wird.

Der Wechsel ist vor dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Dieses Optionsrecht nach Abs. 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird. Die Versicherung nach diesem Tarif kann fortgeführt werden, wenn die Tagessätze der Tarife PG-E und PG insgesamt für die jeweilige Leistungsart nicht höher sind als vor dem Wechsel. Zudem gilt, dass nach dem Wechsel der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz nach dem Tarif PG richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Optionsrecht auf künftige Pflegetagegeldtarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegetagegeldtarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegetagegeldtarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegetagegeldtarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Altersrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

F) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

G) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG-E geben die Höhe des jeweils vereinbarten Pflegetagegeldes in der Reihenfolge der Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege in Euro an.

Beispiel: PG-E/30/50 = vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 30,- Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,- Euro

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach dem Tarif PG

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Endet die Versicherung in der PPV oder SPV, kann die Versicherung nach diesem Tarif unter Berücksichtigung der Regelungen in Nr. 1 a bestehen bleiben.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre

- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Tarifstufen

Die Versicherung kann nach folgenden Tarifstufen vereinbart werden (vgl. Abschnitt B I):

- Tarifstufe PG-K oder
- Tarifstufe PG-K-plus

Je versicherte Person kann nur eine der beiden Tarifstufen vereinbart werden.

5. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

6. Versicherungsumfang

Das Pfl egetagegeld kann für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege mit jeweils einem Tagessatz vereinbart werden.

Der Tagessatz ist in vollen Eurobeträgen zu vereinbaren. Ein vereinbarter Tagessatz muss mindestens 10,- Euro betragen. Der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege darf in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Wird für die Leistungsart ambulante Pflege kein Pfl egetagegeld vereinbart, ist für diese Leistungsart der Tagessatz mit 0,- Euro anzugeben.

Die Höhe der vereinbarten Tagessätze für die Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ergibt sich aus der Tarifbezeichnung. Die Zahl hinter dem ersten Schrägstrich bezeichnet den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in Euro; die Zahl hinter dem zweiten Schrägstrich den vereinbarten Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege in Euro.

7. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend. Stellt die PPV oder SPV Änderungen oder den Wegfall der Pflegebedürftigkeit fest, ist dies für die Leistungspflicht nach diesem Tarif maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

- eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
- von Wartezeiten besteht oder
- des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit wird nach den Maßstäben des SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

Folgebegutachtungen sind möglich, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen. Es gelten die Bestimmungen nach Abschnitt C 2 b.

8. Sofortleistung bei vorläufiger Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Arzt

In Ergänzung zu Nr. 7 a kann eine Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 3 bis 6 RB/PG 2017 vorläufig durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten Formulars festgestellt werden, wenn das Erstgutachten der PPV oder SPV über die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit noch nicht vorliegt. Voraussetzung ist, dass unverzüglich der Antrag auf Leistungen aus der PPV oder SPV gestellt wird.

Liegt dem Versicherer diese Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vor, wird ab Beginn des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Sofortleistung beim Versicherer stellt, eine Sofortleistung in Höhe der vereinbarten tariflichen Leistung für Pflegegrad 2 (vgl. Abschnitt B I) erbracht. Die übrigen tariflichen Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt sein. Die Sofortleistung begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II.

Das Erstgutachten über das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person durch die PPV oder SPV ist dem Versicherer unverzüglich einzureichen. Bei Vorliegen des Erstgutachtens wird die Leistungspflicht des Versicherers überprüft und – falls erforderlich – entsprechend angepasst. Ergibt das Erstgutachten, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag, an dem das Erstgutachten ausgestellt wird.

Die Sofortleistung wird maximal für sechs Monate ab Leistungsbeginn gezahlt.

Während der Vertragslaufzeit wird die Sofortleistung für die versicherte Person nur einmal gezahlt.

B) Leistungen des Versicherers

I. Leistungen bei ambulanter und vollstationärer Pflege

Für die vereinbarten Leistungsarten ambulante oder vollstationäre Pflege wird ab Beginn der Leistungspflicht des Versicherers ein vereinbartes Pfl egetagegeld gezahlt.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person nach Tarifstufe PG-K eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt wird. Nach Tarifstufe PG-K-plus ist die Voraussetzung für die Leistungspflicht bereits ab einer Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 1 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) erfüllt.

1. Leistungen bei ambulanter Pflege

Bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege) wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	30	100
3	70	100
4	100	100
5	100	100

Wird die ambulante Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

2. Leistungen bei vollstationärer Pflege

Bei vollstationärer Pflege wird je Tag der Pflegebedürftigkeit der für diese Leistungsart vereinbarte Tagessatz entsprechend der vereinbarten Tarifstufe und des festgestellten Pflegegrades gezahlt.

Die Höhe der tariflichen Leistung ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes	Tarifstufe PG-K-plus Leistung in % des vereinbarten Tagessatzes
1	0	50
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	100	100

Wird die vollstationäre Pflege wegen einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus, stationären Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung unterbrochen, wird der vereinbarte Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege entsprechend des vorliegenden Pflegegrades weitergezahlt.

Die Leistungspflicht des Versicherers endet mit dem Tag, an dem für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Ab diesem Zeitpunkt erhaltene Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zurückzuzahlen.

II. Beitragsbefreiung

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, besteht für sie als zusätzliche tarifliche Leistung eine Beitragsbefreiung für diesen Tarif.

Der Umfang der tariflichen Leistung ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Pflegegrad	Tarifstufe PG-K Befreiung des Beitrages in %	Tarifstufe PG-K-plus Befreiung des Beitrages in %
4	50	50
5	100	100

Die Beitragsbefreiung beginnt ab dem 1. des Monats, der auf den Monat folgt, für den der Versicherer Versicherungsleistungen für Pflegegrad 4 oder 5 nach Abschnitt B I erbringt.

Sofern für die versicherte Person die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen, jedoch keine Versicherungsleistungen nach Abschnitt B I erbracht werden, weil kein Pflegegeld für die Leistungsart ambulante Pflege vereinbart wurde (Tagessatz von 0,- Euro), beginnt die Beitragsbefreiung frühestens ab dem 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Beitragsbefreiung beim Versicherer stellt.

Die Beitragsbefreiung endet zum 1. des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die nach Satz 1 erforderliche Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt. Wird dann das Versicherungsverhältnis fortgesetzt, ist der Beitrag zu entrichten, der sich unter Berücksichtigung der Abschnitte D, F, G und H im Verlauf des Versicherungsverhältnisses ergibt.

Die Sofortleistung nach Abschnitt A 8 begründet keinen Anspruch auf eine Beitragsbefreiung.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 7 a sind die Feststellung und der Wegfall der Pflegebedürftigkeit sowie jede Änderung des Pflegegrades der versicherten Person durch das Erstgutachten und die Folgegutachten der PPV oder SPV dem Versicherer vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen. Der Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist ebenfalls unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich darüber hinaus das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen. Ein späterer Wechsel zwischen den Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege ist

dem Versicherer jedoch durch geeignete Nachweise vom Versicherungsnehmer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, in regelmäßigen Abständen geeignete Nachweise über den Fortbestand der Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsnehmer zu verlangen. Beurteilt der Versicherer die Nachweise als nicht ausreichend, kann er eine Folgebegutachtung durch einen von ihm beauftragten Gutachter zur Überprüfung des Fortbestands der Pflegebedürftigkeit verlangen. Reicht der Versicherungsnehmer die erforderlichen Nachweise nicht ein oder erteilt die versicherte Person nicht ihr Einverständnis zur Folgebegutachtung, kann der Versicherer die Leistungen verweigern. Die entstehenden Kosten einer vom Versicherer verlangten Folgebegutachtung trägt der Versicherer. Verlangt der Versicherungsnehmer eine Folgebegutachtung der Pflegebedürftigkeit, trägt der Versicherungsnehmer die Kosten der Folgebegutachtung.

D) Dynamische Erhöhung

Die vereinbarten Tagessätze werden – auch bei Vorliegen eines Versicherungsfalles – ohne erneute Risikoprüfung alle zwei Jahre zum 1. Juli um jeweils 5 % erhöht, sofern die versicherte Person im Jahr der Erhöhung das 80. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; frühestens jedoch nach Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre.

Die Tagessätze, die sich durch die dynamische Erhöhung ergeben, werden auf volle Eurobeträge aufgerundet.

Für die hinzukommenden Tagessätze wird ein Beitrag erhoben, der sich nach dem zum Erhöhungszeitpunkt erreichten Lebensalter richtet. Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt B II erstreckt sich auch auf den durch die dynamische Erhöhung hinzukommenden Beitrag.

Der Versicherungsnehmer wird vor dem Erhöhungszeitpunkt schriftlich informiert. Der Versicherungsnehmer kann der Erhöhung der Tagessätze bis zum Ende des Monats in Textform widersprechen, zu dem die Erhöhung wirksam wird.

Wird mehr als zwei unmittelbar aufeinanderfolgenden dynamischen Erhöhungen widersprochen, erlischt das Recht auf weitere dynamische Erhöhungen der Tagessätze. Das Recht auf dynamische Erhöhungen der Tagessätze kann nach erneuter Risikoprüfung mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Nachversicherungsgarantien

1. Nachversicherungsgarantie bei Vollendung eines Lebensjahres

Für die versicherte Person besteht bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- bereits ein Tagessatz von mindestens 10,- Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist und
- die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz

für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarenden Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Abs. 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder die Nachversicherungsgarantie oder das Optionsrecht nach Abschnitt F 1 wahrgenommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres der versicherten Person innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Nachversicherungsgarantie bei Eintritt eines Ereignisses

Für die versicherte Person besteht das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung eine Erhöhung der Tagessätze zu verlangen, wenn eines der nachfolgenden Ereignisse eingetreten ist:

- Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden,
- Erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen bezieht,
- Aufnahme einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit der versicherten Person oder
- Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie durch die versicherte Person.

Die Nachversicherungsgarantie kann nur wahrgenommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- bereits ein Tagessatz von mindestens 10,- Euro für die nachzuversichernde Leistungsart vereinbart ist,
- die versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt mindestens 12 Monate nach diesem Tarif versichert ist und
- die versicherte Person bei Eintritt des Ereignisses das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die bei Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie bestehenden Tagessätze der jeweiligen Leistungsart dürfen maximal verdoppelt werden. Zudem gilt, dass der Tagessatz für die Leistungsart ambulante Pflege in der vereinbarten Tarifstufe nicht höher sein darf als der Tagessatz für die Leistungsart vollstationäre Pflege. Durch Wahrnehmung der Nachversicherungsgarantie darf der maximal zu vereinbarenden Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Abs. 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Die Erhöhung der Tagessätze ist nach Eintritt des Ereignisses innerhalb von sechs Monaten vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die Erhöhung der Tagessätze wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Erhöhung der Tagessätze beim Versicherer stellt, wirksam.

Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

F) Optionsrechte

1. Optionsrecht auf Wechsel von der Tarifstufe PG-K in die Tarifstufe PG-K-plus

Für Personen, die nach der Tarifstufe PG-K versichert sind, besteht – auch bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit – das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in die Tarifstufe PG-K-plus zu wechseln.

Für die versicherte Person kann dieses Recht mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person 40, 50 oder 60 Jahre alt wird.

Der Wechsel ist vor dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam werden soll, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Dieses Optionsrecht nach Abs. 1 kann während der gesamten Vertragslaufzeit für die versicherte Person nur einmal in Anspruch genommen werden.

Für die versicherte Person kann bei Vollendung des 40., 50. oder 60. Lebensjahres entweder das Optionsrecht oder die Nachversicherungsgarantie nach Abschnitt E 1 wahrgenommen werden.

Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach der Tarifstufe PG-K zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.

Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz nach der Tarifstufe PG-K-plus richtet sich nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

2. Optionsrecht auf künftige Pflegetagegeldtarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegetagegeldtarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegetagegeldtarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegetagegeldtarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegetagegeldtarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe der künftig vereinbarten Tagessätze der jeweiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Altersrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

G) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

H) Beitragsanpassung

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 jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG geben die vereinbarte Tarifstufe sowie die Höhe des jeweils vereinbarten Pflegetagegeldes in der Reihenfolge der Leistungsarten ambulante und vollstationäre Pflege in Euro an.

Beispiel 1: PG-K/30/50 = Tarifstufe PG-K, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 30,- Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,- Euro

Beispiel 2: PG-K-plus/40/50 = Tarifstufe PG-K-plus, vereinbartes Pflegetagegeld bei ambulanter Pflege in Höhe von täglich 40,- Euro und bei vollstationärer Pflege in Höhe von täglich 50,- Euro

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeeinmalleistungsversicherung nach dem Tarif PG-C

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegeetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflegeetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2017 (RB/PG 2017) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im Ausland

In Erweiterung von den §§ 1 Abs. 12, 5 b sowie 15 Abs. 3 und 4 RB/PG 2017 gilt für den Versicherungsschutz im Ausland Folgendes:

– Vorübergehende Aufenthalte im Ausland

Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder in der Schweiz besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Außerhalb der vorgenannten Staaten besteht für die ersten sechs Wochen eines vorübergehenden Aufenthaltes Versicherungsschutz nach diesem Tarif. Darüber hinaus besteht für die versicherte Person Versicherungsschutz, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird. Sofern keine individuelle Vereinbarung getroffen wird, ruht die Leistungspflicht des Versicherers für die versicherte Person nach Ablauf der sechs Wochen während der Dauer des vorübergehenden Aufenthaltes.

– Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht für die versicherte Person der Versicherungsvertrag sowie der Versicherungsschutz nur dann fort, wenn eine individuelle Vereinbarung getroffen wird.

b) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 a RB/PG 2017 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 a RB/PG 2017.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle Personen, die in der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die nach den Tarifen PG-E bzw. PG (Tarifstufen PG-K, PG-K-plus) der Continentale Krankenversicherung a.G. versichert sind.

3. Definition der Personengruppen

Die Personengruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sind wie folgt definiert:

- Kinder sind Personen in der Altersgruppe 0 bis 15 Jahre
- Jugendliche sind Personen in der Altersgruppe 16 bis 20 Jahre
- Erwachsene sind Personen in der Altersgruppe ab 21 Jahre

Das Alter ergibt sich aus dem Unterschied zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 3 RB/PG 2017 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragssraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassender Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Die Pflegeeinmalleistung ist in vollen Tausendeurobeträgen zu vereinbaren.

Die Höhe der vereinbarten Pflegeeinmalleistung ergibt sich aus der Tarifbezeichnung (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarte Höhe der Pflegeeinmalleistung in Euro).

6. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch die PPV oder SPV festgestellt, ist dies für die tarifliche Leistung maßgebend.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird das Bestehen oder Nichtbestehen der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nicht durch die PPV oder SPV festgestellt, kann der Versicherungsnehmer die Feststellung durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter beantragen, wenn für die versicherte Person kein Leistungsanspruch aus der PPV oder SPV aufgrund

- eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland oder der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht (vgl. Nr. 1 a),
- von Wartezeiten besteht oder
- des Bezugs von Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI (siehe Anhang) ruht.

Die Begutachtung zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 wird nach den Maßstäben des

SGB XI im Wohnbereich der versicherten Person vorgenommen. Sie kann auch außerhalb des Wohnbereiches der versicherten Person durchgeführt werden, wenn die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Wohnbereich nicht möglich ist.

Die Kosten der Begutachtung, die zur Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter entstehen, trägt der Versicherungsnehmer.

7. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif

- an dem Tag, ab dem für die versicherte Person die Leistungspflicht des Versicherers nach § 6 RB/PG 2017 besteht oder
- an dem Tag, an dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Wird für die versicherte Person eine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 (vgl. § 1 Abs. 5 RB/PG 2017) festgestellt, wird die vereinbarte Pflegeeinmalleistung erbracht. Der vereinbarte Betrag der Pflegeeinmalleistung wird nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit gezahlt.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarten Leistungen und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 9 a RB/PG 2017). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Ab Alter 16 ist der Beitrag für Jugendliche und ab Alter 21 der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nachweis- und Informationspflichten

a) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die PPV oder SPV

In Ergänzung zu Abschnitt A 6 a ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 der versicherten Person durch das Erstgutachten der PPV oder SPV dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

b) Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen Gutachter

Wird die Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 durch einen vom Versicherer beauftragten Gutachter festgestellt, sind darüber hinaus keine Nachweise durch den Versicherungsnehmer zu erbringen.

D) Optionsrecht auf künftige Pflegeeinmalleistungstarife

Bei Veränderung von gesetzlichen Rahmenbedingungen in der PPV oder SPV besteht für die versicherte Person das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung in einen Pflegeeinmalleistungstarif zu wechseln, den der Versicherer aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen eingeführt hat. Das Recht erstreckt sich auf einen Pflegeeinmalleistungstarif mit vergleichbarem Leistungsumfang.

Das Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn

- für die versicherte Person noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und
- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wechsels das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Der Wechsel ist innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des neuen Pflegeeinmalleistungstarifs vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Der Wechsel wird zum 1. des Monats, in dem der Versicherungsnehmer den Antrag auf Wechsel in den neuen Pflegeeinmalleistungstarif beim Versicherer stellt, wirksam.

Die Höhe des künftig vereinbarten Betrages der Pflegeeinmalleistung darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegeeinmalleistungstarif richtet sich unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte und Alterungsrückstellung nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Lebensalter.

Es gelten die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes.

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. aufgrund von Veränderungen der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 9 b RB/PG 2017 angewendet.

Erläuterungen zur Tarifbezeichnung:

Die zusätzlichen Ziffern zur Tarifbezeichnung PG-C geben die Höhe der jeweils vereinbarten Pflegeeinmalleistung in Euro an.

Beispiel: PG-C/1000 = vereinbarte Pflegeeinmalleistung in Höhe von 1.000,- Euro

Datenschutzhinweise

1. Allgemeines

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

2. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten

Continentale Krankenversicherung a.G. | Ruhrallee 92 I
44139 Dortmund
Telefon: 0231/919-0 | E-Mail: info@continentale.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - unter der o. g. Anschrift oder per E-Mail unter datenschutz@continentale.de.

3. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden/Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden/Leistungsfall ist.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Continentale Krankenversicherung a.G. bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, Gesundheitsvorsorge oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes,
- zur Aktualisierung von Adressdaten unserer Kunden und Interessenten,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,

- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit insgesamt.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht). Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren, soweit Sie nicht bereits über diese Informationen verfügen (Art. 13 Abs. 4 DS-GVO) oder eine Information gesetzlich nicht erforderlich ist (Art. 13 Abs. 4 und Art. 14 Abs. 5 DS-GVO).

4. Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten

4.1 Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe

Innerhalb unseres Versicherungsverbundes nehmen spezialisierte Unternehmen oder Bereiche bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Verbundes besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral oder dezentral durch ein oder mehrere Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Die Unternehmen, die eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, können Sie der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit im Anhang zu diesen Hinweisen entnehmen.

4.2 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie jeweils aktuell unseren Datenschutz Hinweisen unter www.continentale.de/datenschutz entnehmen.

4.3 Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

4.4 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsvertrages von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen solche Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

4.5 Datenaustausch mit Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Angabe von vorvertraglichen Versicherungsverläufen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

4.6 Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich diese weiterer Rückversicherer, denen Sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit

sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen können, ist es möglich, dass wir ihnen Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung unterstützen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfangs. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

4.7 Datenübermittlung an Auskunfteien

Wir übermitteln die, im Rahmen der Begründung dieses Vertragsverhältnisses erhobenen, personenbezogene Daten zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden und an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Abs. 1 lit. b) und Artikel 6 Abs. 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die Auskunfteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der oben genannten Auskunfteien können Sie den Informationsblättern der SCHUFA unter www.schufa.de/datenschutz und der infoscore Consumer Data GmbH unter <https://finance.arvato.com/de/verbraucher/selbstauskunft.html> entnehmen.

4.8 Adressaktualisierung

Zur Aktualisierung unserer Adressbestände erhalten wir Adressdaten auftragsbezogen von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. Erhalten wir dabei zu Ihrer Person eine neue Anschrift, ändern wir Ihre Adressdaten bei uns entsprechend. Eine gesonderte Information zu derartigen Adressänderungen erfolgt nicht.

4.9 Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

5. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln und Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich unter anderem nach unseren Annahmegrundsätzen, gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sowie den vereinbarten Tarifen. Des Weiteren kommen versicherungsmathematische Kriterien und Kalkulationen je nach Entscheidung zur Anwendung.

Wenn beispielsweise im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages eine Bonitätsprüfung erfolgt, entscheidet unser System in bestimmten Fällen aufgrund der erhal-

tenen Informationen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über Modalitäten zu der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Wir nutzen die automatisierte Entscheidung im Zusammenhang mit der Bonitätsprüfung, um uns und die Versichertengemeinschaft vor möglichen Zahlungsausfällen und deren Folgen zu schützen.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (z. B. zum Versicherungsumfang, Selbstbehaltsvereinbarungen, Prämienzahlung) sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltene Informationen, entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht sowie die Höhe der Leistung, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf den zuvor beschriebenen Regeln.

Soweit wir eine vollautomatisierte Einzelfallentscheidung in den zuvor beschriebenen Fällen ohne menschliche Einflussnahme abschließend durchgeführt haben, werden Sie mit unserer Mitteilung der Entscheidung darauf hingewiesen. Sie haben das Recht, zum Beispiel über unsere Service-Hotline, weitere Informationen sowie eine Erklärung zu dieser Entscheidung zu erhalten und sie durch einen Mitarbeiter von uns überprüfen zu lassen. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Vollautomatisierte Einzelfallentscheidungen, die ein Mitarbeiter von uns für seine abschließende Entscheidung nur zu einem untergeordneten Teil berücksichtigt hat, sind ebenfalls nicht betroffen.

6. Datenübermittlung in ein Drittland

Zur Prüfung und Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtung im Versicherungsfall kann es erforderlich sein, im Einzelfall Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister weiterzugeben. Bei einem Versicherungsfall außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) kann es zu diesem Zweck erforderlich sein, dass wir oder unsere Dienstleister in Ihrem Interesse Ihre Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geben müssen. Wir und unsere Dienstleister übermitteln Ihre Daten planmäßig nur, wenn diesem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind, oder die Übermittlung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht.

7. Dauer der Speicherung Ihrer Daten

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

8. Betroffenenrechte

8.1 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Herausgabe

Sie können uns gegenüber Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

8.2 Widerspruchsrecht

Sie haben uns gegenüber jederzeit das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DS-GVO).

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie uns gegenüber dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen (Art. 21 Abs. 1 DS-GVO).

8.3 Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit
 Nordrhein-Westfalen Telefon: 0211 / 38424-0
 Postfach 20 04 44 Telefax: 0211 / 38424-10
 40102 Düsseldorf E-Mail: poststelle@idi.nrw.de

9. Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen, z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

10. Anhang

10.1 Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen	
Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Betriebsorganisation, Empfang/Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Sachversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Mannheimer Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung

10.2 Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G.	
Für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung wird im Einzelfall geprüft, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Eine automatische Datenübermittlung an jeden der in den Listen genannten Dienstleister erfolgt nicht.	
Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags	
Einzelne Stellen als Auftragnehmer und Kooperationspartner	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Continentale Business Services GmbH	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressaktualisierung
Dortmunder Allfinanz Versicherungsvermittlungs-GmbH	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten
Poolrevision des PKV-Verbandes	Überprüfung zur Regelungseinhaltung sowie Erstellung von Vertrags- und Leistungsstatistiken zur Pflegepflichtversicherung, zum Standard- und zum Basistarif
Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden	
Kategorien von Auftragnehmern und Kooperationspartnern	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Adressermittler	Adressprüfung
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen
Auskunfteien und Bonitätsdienstleister	Wirtschaftsauskünfte, Identitäts- und Bonitätsprüfungen (SCHUFA, infoscore Consumer Data GmbH und andere)
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadenauszahlungen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rehabilitationsdienste	Hilfs- und Pflegeleistungen
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung
Übersetzer	Übersetzung
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikoprüfung, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung

Stand: 02/2021

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, die Versicherungsaufsicht und den Rechtsweg

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

