

Versicherungsbedingungen

Tarife mit Tarifbedingungen für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.05.2018

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	31
3. Pflegeversicherung	35
4. Datenschutzhinweise und sonstige Informationen	57

Inhaltsübersicht

	Kurzbeschreibung	Seite
Tarif COMFORT-B	Ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie zahnärztliche Leistungen mit Selbstbeteiligung je Leistungsposition und einer garantierten Beitragsrückerstattung	3
Tarif EB	Beihilfeergänzungstarif	8
Tarif SP-B	Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung	10
Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren		13
Tarif AV-P1	Optionstarif	14
Tarif KHT	Krankenhaustagegeld	15
Tarif KS-U	Kurkostenversicherung	16
Tarif KS1-U	Kurtagegeldversicherung	17
Tarif V-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Tarif V-U	19
Besondere Bedingungen für Beamte und Soldaten zum Versicherungsschutz nach den Tarifen V und V-U bei Unterbrechung einer zulagenberechtigenden Tätigkeit		22
Tarif VA-U	Krankentagegeldversicherung nach dem Ärztetarif VA-U	22
Tarife ANV, ANV-U, AWWA und AWWA-U	Anwartschaftsversicherung	26
Tarif Y-U	Krankenhaustagegeld und Auslandsreisekrankenversicherung – exklusiv für Mitglieder des Deutschen Bundeswehrverbandes und deren Familienangehörige	27
Tarif YF	Optionstarif – exklusiv für Freiwillig Wehrdienstleistende und deren Familienangehörige	29
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (YG)		30
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)		31
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung YK		32
Besondere Bedingungen für Personen in einer Berufsausbildung (AZ)		33
Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BA)		34
Besondere Bedingungen für die Beitragsermäßigung im Alter (BE)		34
Tarif PV	Pflegepflichtversicherung	35
Pflegehilfsmittelverzeichnis		39
Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung		40
Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung (GANW-PPV)		41
Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten		42
Tarif PZ-U	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung nach Tarif PZ-U	43
Tarif PG-E	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PG-E	47
Tarif PG	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PG	50
Tarif PG-C	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegeeinmaleistungsversicherung nach Tarif PG-C	55
Datenschutzhinweise und sonstige Informationen		57

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen von beihilfeberechtigten Personen nach dem Tarif COMFORT-B

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.

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

e) 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.

f) 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 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 Versicherte dem Grunde und der Höhe nach vor Beginn der Entziehungsmaßnahme / Entziehungskur eine schriftliche Zusage erteilt hat.

g) 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.

h) 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 ausschließlich Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes, Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige (Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder).

3. Tarifstufen

a) Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch – ausgenommen Bundesland Hessen – nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Erstattungsprozentsatz):

COMFORT-B/5	COMFORT-B/55
COMFORT-B/10	COMFORT-B/60
COMFORT-B/15	COMFORT-B/65
COMFORT-B/20	COMFORT-B/70
COMFORT-B/25	COMFORT-B/75
COMFORT-B/30	COMFORT-B/80
COMFORT-B/35	COMFORT-B/85
COMFORT-B/40	COMFORT-B/90
COMFORT-B/45	COMFORT-B/95
COMFORT-B/50	COMFORT-B/100
COMFORT-B/50S	

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

Die Wahl der Tarifstufe COMFORT-B/50S setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Nach der Tarifstufe COMFORT-B/50S beträgt der Erstattungsprozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Mit Eintritt des Versorgungsfalles wird der Versicherungsschutz in die Tarifstufe COMFORT-B/30 umgestellt.

- b) Für Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach der Beihilfevorschrift des Bundeslandes Hessen haben, ist die Versicherung nach folgenden Tarifstufen mit den jeweiligen Erstattungsprozentsätzen zu vereinbaren:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz (Abschnitt B I und B II)	Erstattungsprozentsatz (Abschnitt B III)
COMFORT-B/20HE	20 %	15 %
COMFORT-B/25HE	25 %	15 %
COMFORT-B/30HE	30 %	15 %
COMFORT-B/35HE	35 %	20 %
COMFORT-B/40HE	40 %	25 %
COMFORT-B/45HE	45 %	30 %
COMFORT-B/50HE	50 %	35 %

Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe und der Beihilfebemessungssatz für ambulante Behandlungen müssen bei Versicherungsbeginn zusammengerechnet 100 % ergeben.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung oder den Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung oder dem Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als der wegfallende Teil der Beihilfe. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert oder der Anspruch auf Beihilfe entfällt, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Erhöhung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Erstattungsprozentsatz erbracht.

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 angeglichen.

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 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.

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 sowie Sehhilfen 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.

10. 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

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Die Kosten ambulanter Heilbehandlungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

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 erbracht, 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

Erstattungsfähig sind 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 Einrichtungen 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 Einrichtungen 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 Gebührensätze 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. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

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

7. 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).

8. 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.

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.

9. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen sind je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe 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.

10. Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind 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.

11. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

12. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind ausschließlich die Kosten für ärztliche Leistungen nach Nr. 1 und für Arznei- und Verbandmittel nach Nr. 6 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.

13. Krankentransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für 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 und
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

14. 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 sind erstattungsfähig, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

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

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Die Kosten zahnärztlicher Leistungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

1. Leistungsumfang

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

2. 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 zur Hälfte erbracht.

3. 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 Stützähne 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

Die Kosten stationärer Leistungen werden mit dem Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

1. Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die Kosten belegärztlicher Leistungen sind 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) erstattungsfähig.

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

Erstattungsfähig sind 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

Erstattungsfähig sind 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 sind im Rahmen von Nr. 1 erstattungsfähig.

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 den selben Voraussetzungen wie unter Abschnitt B I 12 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

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

IV. Selbstbeteiligung

Von den Versicherungsleistungen nach den Abschnitten B I, B II und B III werden die nachstehenden Selbstbeteiligungen abgezogen.

Für Kinder und Jugendliche wird bis zu dem Kalenderjahr, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, keine Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Höhe der Selbstbeteiligung ist abhängig von dem jeweiligen Erstattungsprozentsatz der vereinbarten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3). Sie beträgt je 5 %-Erstattungsprozentsatz für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1, Abs. I 11 und Abs. I 12 je Behandlungstag bei einem Arzt 1,- Euro. 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 je Sitzung 1,- Euro. Die Selbstbeteiligung der vereinbarten Tarifstufe ist jedoch insgesamt auf 30 % der tariflichen Leistungen begrenzt.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger 1,- Euro.

- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt 1,- Euro.
- häusliche Behandlungspflege nach Abs. I 5 je Behandlungstag durch geeignete Pflegefachkräfte 1,- Euro.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 6 sowie Impfstoffe nach Abs. I 10 je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff 1,- Euro. 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 7 je Heilmittel an einem Behandlungstag 1,- Euro.
- Hilfsmittel nach Abs. I 8 je Hilfsmittel 2,50 Euro.
- Krankentransporte nach Abs. I 13 und Abs. III 8 je Transport 1,- Euro. 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.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 je Behandlungstag bei einem Zahnarzt 1,- Euro.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1, Abs. III 2 und Abs. III 6 je Kalendertag 1,- Euro für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die Versicherungsleistungen 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. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original oder als Duplikat vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten. Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

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

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, die in dem abzurechnenden Geschäftsjahr mindestens das 21. Lebensjahr vollendet hat und 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.

Sofern der Tarif EB der Continentale Krankenversicherung a.G. zu diesem Tarif vereinbart ist, müssen die genannten Voraussetzungen auch nach dem Tarif EB erfüllt sein, um für beide Tarife eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von jeweils 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge erhalten zu können.

Wenn nach diesem Tarif und/oder dem Tarif EB die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, entfällt für beide Tarife der Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Beihilfeergänzungsversicherung nach dem Tarif EB

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu dem Tarif COMFORT-B der Continentale Krankenversicherung a.G. vereinbart werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs COMFORT-B (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen) finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Der Versicherungsschutz erlischt auch für laufende Versicherungsfälle mit Vereinbarung der Tarifstufe COMFORT-B/100 oder mit Beendigung des Tarifs COMFORT-B.

2. Tarifstufen

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch und Beihilfeträger nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren:

EB/5	EB/55
EB/10	EB/60
EB/15	EB/65
EB/20	EB/70
EB/25	EB/75
EB/30	EB/80
EB/35	EB/85
EB/40	EB/90
EB/45	EB/95
EB/50	

Der Prozentsatz der Tarifstufe (Zahl hinter dem Schrägstrich) muss dem Beihilfebemessungssatz für ambulante Behandlungen entsprechen. Die nachfolgenden Kurzbezeichnungen werden dem Prozentsatz der jeweils vereinbarten Tarifstufe vorangestellt (z.B. EB-BU/70).

Kurzbezeichnung	Beihilfavorschrift: Bund/Bundesland
BU	Bund
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BE	Berlin
BB	Brandenburg
HB	Bremen
HH	Hamburg
HE	Hessen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen

3. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person, wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als die Erhöhung des Beihilfeanspruchs. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Verminderung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Prozentsatz erbracht.

4. Wechsel des Beihilfeträgers

a) Anzeige innerhalb von sechs Monaten

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten anzuzeigen, wenn ein Wechsel des Beihilfeträgers stattfindet. Erfolgt die Anzeige innerhalb dieser Frist, wird der Wechsel in die zutreffende Tarifstufe zum 1. des Monats vorgenommen, zu dem der Wechsel des Beihilfeträgers erfolgt.

b) Anzeige nach Ablauf von sechs Monaten

Zeigt der Versicherungsnehmer den Wechsel des Beihilfeträgers nach Ablauf von sechs Monaten an oder erlangt der Versicherer auf andere Weise Kenntnis vom Wechsel des Beihilfeträgers, wird der Wechsel in die zutreffende Tarifstufe zum 1. des Monats vorgenommen, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige, ist der Versicherer bis zu dem Zeitpunkt von der Verpflichtung zur Leistung frei, zu dem der Wechsel in die zutreffende Tarifstufe erfolgt.

Bei einem Wechsel des Beihilfeträgers sind die Beiträge der dann gewählten Tarifstufe und nach dem dann erreichten Alter unter Anrechnung der bis dahin gebildeten Altersrückstellung zu entrichten.

B) Leistungen des Versicherers

1. Leistungsumfang

a) Erstattungsfähig sind die verbleibenden Kosten, die nach Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

Für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe des Bundeslandes Hessen gilt für stationäre Krankenhausbehandlung abweichend von Satz 2 der um maximal 15 Prozentpunkte erhöhte Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe.

Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn die nach Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten nicht beihilfefähig sind.

Sind die beihilfefähigen Aufwendungen höher als die nach dem Tarif COMFORT-B erstattungsfähigen Kosten, besteht kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Für Beamte auf Widerruf und deren berücksichtigungsfähige Angehörige werden fiktiv beihilfefähige Aufwendungen für Zahnleistungen unterstellt, die für die Berechnung der Beihilfe für Beamte auf Lebenszeit Anwendung finden.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach der jeweils gültigen Beihilfeverordnung des Bundes oder eines Bundeslandes ermittelt.

- b) Wird die Beihilfe um Eigenbehalte oder Eigenbeteiligungen, die nach den Beihilfeverordnungen des Bundes oder eines Bundeslandes zu tragen sind, gemindert, werden diese – unabhängig von dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe – zu 100 % erstattet.
- c) Ändert sich die Höhe oder der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen durch Änderung der Beihilfeverordnungen, sind dadurch bedingte Mehrleistungen aus diesem Tarif versichert, es sei denn, der Versicherer schließt sie ausdrücklich vom Versicherungsschutz aus.

2. Leistungsbegrenzungen

- a) Besteht für die versicherte Person dem Grunde nach ein Sachleistungsanspruch gegenüber einem Dritten, erfolgt keine Erstattung nach diesem Tarif.
- b) Leistungen für Sehhilfen werden nur insoweit erbracht, als sie zusammen mit den Leistungen des Tarifs COMFORT-B und der Beihilfe die erstattungsfähige Höchstgrenze des Tarifs COMFORT-B nicht überschreiten. Die Leistungsperiode, die nach Abschnitt B I 9 (Sehhilfen) des Tarifs COMFORT-B besteht, gilt auch für Kosten, die aus diesem Tarif für Sehhilfen erstattet werden. Dabei gleicht sich bei unterschiedlichem Versicherungsbeginn die Leistungsperiode dieses Tarifs an die laufende Leistungsperiode des Tarifs COMFORT-B an.
- c) Für Hilfsmittel, deren Kosten 1.000,- Euro übersteigen, 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 für das Hilfsmittel nach Nr. 1 a zu 80 % erbracht.
- d) Die nach Nr. 1 a Satz 1 erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen sind ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person
- in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 2.500,- Euro und
 - in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.500,- Euro

begrenzt.

Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr.

Ab dem vierten Kalenderjahr sind die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Leistungen je Leistungsperiode auf insgesamt 10.000,- Euro begrenzt. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das vierte Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Die erstattungsfähigen Kosten werden mit dem Prozentsatz der vereinbarten Tarifstufe erstattet.

Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die Begrenzungen für erstattungsfähige Kosten nach den Sätzen 1 und 3. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

- e) Für zahnärztliche Leistungen 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 für zahnärztliche Leistungen nach Nr. 1 a und 2 d zur Hälfte erbracht.
- f) Selbstbeteiligungen des Tarifs COMFORT-B und die Leistungsminderung bei Hilfsmitteln, wenn kein Kostenvorschlag eingereicht wurde, sowie die Leistungsminderung bei Zahnersatz, wenn kein Heil- und Kostenplan eingereicht wurde, werden aus diesem Tarif nicht erstattet.

g) Von der Beihilfe einbehaltene Kostendämpfungspauschalen, Beträge aufgrund von Kürzungen der Bezüge bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie Bestatungskosten werden nicht erstattet.

- h) Kosten für
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungen,
 - die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie
 - Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden (Privatkliniken)
- werden aus diesem Tarif nicht erstattet.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

Zusätzlich zu den in Abschnitt C 3 des Tarifs COMFORT-B genannten Leistungsunterlagen ist der Beihilfebewilligungsbescheid einzureichen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung von beihilfeberechtigten Personen nach dem Tarif SP-B

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 ausschließlich Personen, die Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes, Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben sowie deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige (Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder).

3. Versicherung nach dem Tarif SP2-B

Die Versicherung ist je nach Beihilfeanspruch nach folgenden Tarifstufen zu vereinbaren (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Erstattungsprozentsatz):

SP2-B/5	SP2-B/40	SP2-B/70
SP2-B/10	SP2-B/45	SP2-B/75
SP2-B/15	SP2-B/50	SP2-B/80
SP2-B/20	SP2-B/50S	SP2-B/85
SP2-B/25	SP2-B/55	SP2-B/90
SP2-B/30	SP2-B/60	SP2-B/95
SP2-B/35	SP2-B/65	SP2-B/100

Die Wahl der Tarifstufe SP2-B/50S setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Nach der Tarifstufe SP2-B/50S beträgt der Erstattungsprozentsatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50 %. Mit Eintritt des Versorgungsfalles wird der Versicherungsschutz in die Tarifstufe SP2-B/30 umgestellt.

Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufe und der Beihilfebemessungssatz für Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung) müssen bei Versicherungsbeginn zusammengerechnet 100 % ergeben.

4. Versicherung nach dem Tarif SP1Z-B

Die Versicherung nach Tarif SP1Z-B kann nur zusammen mit dem Tarif SP2-B bestehen.

5. Anpassung des Versicherungsschutzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person oder entfällt der Beihilfeanspruch auf Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung), wird auf Antrag des Versicherungsnehmers der Versicherungsschutz entsprechend angepasst. Der Zeitpunkt und die Gründe für die Änderung oder den Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

a) Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten erhöht, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Verminderung oder dem Wegfall des Anspruchs auf Beihilfe gestellt wird und die Erhöhung des Versicherungsschutzes nicht umfassender ist als der wegfallende Teil der Beihilfe. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) werden angewendet. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten nur zum 1. des Monats, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe vermindert oder der Anspruch auf Beihilfe entfällt, beantragt werden.

b) Verminderung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird zum 1. des Monats vermindert, in dem sich der Anspruch auf Beihilfe erhöht. Voraussetzung ist, dass die Anzeige innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung des Anspruchs auf Beihilfe bei dem Versicherer eingeht. Erfolgt die Anzeige nach Ablauf der sechs Monate, wird die Verminderung des Versicherungsschutzes zum 1. des Monats wirksam, der auf die Anzeige beim Versicherer folgt. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, wenn der Versicherer auf sonstige Weise Kenntnis von der Erhöhung erlangt.

Die Leistungen werden auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung des Versicherungsschutzes an mit dem neu vereinbarten Erstattungsprozentsatz erbracht.

6. 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.

7. 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 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.

8. Wartezeiten

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

9. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

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

10. 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.

11. 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

I. Leistungsumfang

a) Erstattet werden nach Tarif **SP2-B** mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Erstattungsprozentsatz 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.

Zusätzlich sind – mit Ausnahme von tageweise berechneten Eigenbeteiligungen der Beihilfe – die verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlungen nach Abs. III 2 erstattungsfähig, die durch den Abzug der beihilfefähigen Aufwendungen von den nach diesem Tarif erstattungsfähigen Kosten entstehen. Diese verbleibenden Kosten werden mit dem Prozentsatz des Beihilfebemessungssatzes erstattet.

b) Erstattet wird nach Tarif **SP1Z-B** zu 100 % die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer.

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 – nach Tarif SP2-B mit dem vereinbarten Prozentsatz – ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Versichert nach Tarif	SP2-B	SP1Z-B
Verzicht auf Kostenerstattung für		
das Ein-Bett-Zimmer	—	20,- Euro
das Zwei-Bett-Zimmer	20,- Euro	—
die privatärztliche Behandlung	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

Erstattungsfähig nach Tarif SP2-B sind die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer. Nach Tarif SP1Z-B ist die Differenz zwischen den Kosten für die Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer und den Kosten für die Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer erstattungsfähig.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegeverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

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

Erstattungsfähig sind 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

Erstattungsfähig sind 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. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original oder als Duplikat vorgelegt werden.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss durch diese bestätigt sein.

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

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

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 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.

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:

<u>Untersuchungs- oder Behandlungsmethode</u>	<u>Erstattung analog Gebührenziffer</u>
Akupressur	21.1
Akupunkturmassage	20.2
Augendiagnostik	14.1
Bach-Blüten-Therapie	19.5
Bioresonanztherapie	16.3
Blutsedimentationstest	12.14
Clusterdiagnostik	12.14
Colon-Hydro-Therapie	36.3
CO ₂ -Quellgastherapie	25.9
Dermapunkturmassage	20.4 bzw. 20.5
Eigenblutbehandlung nach Garthe/mit UVB	25.10
Elektrohauttest	16.4
Elektromagnetischer Bluttest	13.1
Elektroneuraldiagnostik und -therapie nach Croon (ENTH)	16.1
Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	2 (2x)
Farblichttherapie/Farbpunktur	39.2
Feldenkrais-Methode	19.1
Fußreflexzonen-therapie	20.6
Gegensensibilisierung nach Theurer	25.1 + 26.1
Haarmineralanalyse	12.14
Harnschau, traditionell	12.2
HLB-Bradford-Bluttest	13.1
Kaelin-Test	12.15
Kinesiologie	21.1
Laser-Akupunktur	21.1
Laser-Therapie (Soft-Laser und Mid-Power-Laser)	39.9
Matrixregenerationstherapie	16.1
Mikromagnetfeldtherapie	16.3
Mikroökologische Therapie	2
Mora-Therapie	16.3
Neobioelektrische Therapie (NBT)	16.3
Ohrkerzenbehandlung	30.1
Regulationstherapie	16.3
Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie	25.11
Sauerstoffzelt	23.1
Signaltherapien	39.10
Spenglersan-Test	13.1
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 Option nach dem Tarif AV-P1

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

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
- Selbständige 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs KHT für die Krankenhaustagegeldversicherung

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 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 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. 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 Versorgungs Krankenhaus 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

- 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.
- 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

- bis zu 100 % des vereinbarten Tagessatzes, wenn **beide** besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,
- bis zu 50 % des vereinbarten Tagessatzes, wenn **eine** der besonderen Leistungsvoraussetzungen erfüllt ist,
- 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 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.

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 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 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 Selbständigen 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 Selbständigen 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.

* siehe Anhang zu den MB/KT 2009

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		
V4-U	} ab dem	4.
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.

} Tag der Arbeitsunfähigkeit

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 berechnungsgemäß 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 Ruheversicherung 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

Besondere Bedingungen für Beamte und Soldaten zum Versicherungsschutz nach den Tarifen V und V-U bei Unterbrechung einer zulageberechtigenden Tätigkeit

1. Versicherungsfähig nach den Tarifen V und V-U sind auch Beamte und Soldaten, die zur Abgeltung besonderer Erschwernisse bei speziellen Verwendungen Anspruch auf Zulagen nach § 47 Bundesbesoldungsgesetz oder vergleichbare Vergütungen haben (z.B. Zulagen im Marinebereich der Bundeswehr, Zulagen für Luftfahrzeugführer).
2. Bis zur Höhe dieser Zulagen kann nach dem Tarif V bzw. V-U mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen eine Tagegeldversicherung vereinbart werden.
3. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die Ausübung der zulageberechtigenden Tätigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen unterbrochen und deshalb die Zahlung vorübergehend eingestellt wird.

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 Auslandsaufhalten 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 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 Praxiseinnahmen (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.

* siehe Anhang zu den MB/KT 2009

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 berechnungsgemäß 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 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.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (ANV, ANV-U, AWA und AWA-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 so-

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

wohl 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs Y-U für Mitglieder des Deutschen BundeswehrVerbandes e.V. und deren Familienangehörige

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 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. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II.

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.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Mitglieder des Deutschen BundeswehrVerbandes e.V. und deren Familienangehörige, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Familienangehörige sind der Ehegatte, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder.

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 umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Sie entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B II.

6. 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. Krankenhaustagegeld

Für jeden medizinisch notwendigen vollstationären Aufenthaltstag im Krankenhaus wird bei Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt ein Krankenhaustagegeld von 15,- Euro gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten als vollstationär.

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 Versorgungs Krankenhaus 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. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

- a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für
- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;

- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bädern und medizinische Packungen. Sondennahrung gilt als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haarausfalls), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineralwässer u.ä.;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- vollstationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und ist dann noch eine stationäre Heilbehandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransports übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes kann ein Krankentagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt;

- die Unterkunft einer nahe stehenden Person im selben Krankenzimmer bei mitversicherten Kindern bis zu 8 Jahren. Sofern der behandelnde Arzt die Unterkunft der nahe stehenden Person für medizinisch notwendig erachtet, übernimmt der Versicherer auch die Kosten der Unterkunft dieser Person bei Kindern bis zu 12 Jahren;
- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) in das nächsterreichbare, für die Heilbehandlung nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rücktransport einer erkrankten Person nach Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung erfolgt. Die Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zuständigen Behörden bzw. der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungskosten

Überführungskosten sind entweder Kosten, die im Falle des Ablebens des Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung nach Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

2. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn

angetreten werden. Dies gilt auch, wenn bei Stationierung der versicherten Person im Ausland von dort aus eine Urlaubsreise angetreten wird. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes, es sei denn, dass der Versicherungsschutz vor Antritt der Reise durch besondere Vereinbarung ausgedehnt wird.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – unbeschadet des § 1 Abs. 4 letzter Satz MB/KK 2009 – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen; ansonsten werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus § 9 Abs. 2 MB/KK 2009 ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG genannten Einschränkung ablehnen (vgl. § 10 Abs. 1 MB/KK 2009).

3. Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, des eingetragenen Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- für Hilfsmittel, (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.) mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankung oder unfallbedingt erforderlich sind;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- für Behandlung durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- für Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
5. Als Inland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn 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.

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

Rechnungen und Bescheinigungen müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung und die Behandlungstage enthalten.

Zum Nachweis des notwendigen Krankenhausaufenthaltes ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.

Bei Kosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen darüber hinaus aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen; bei Zahnbehandlungen müssen die

Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

4. Überweisungs- und Übersetzungskosten

Abweichend von § 6 Abs. 5 MB/KK 2009 – können nur die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt; – werden Kosten für notwendige Übersetzungen nicht abgezogen.

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 des Tarifs YF für Freiwillig Wehrdienstleistende und deren Familienangehörige

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

1. Versicherungsbedingungen

Die Versicherung nach diesem Tarif kann nur zusätzlich zu dem Tarif Y bzw. Y-U der Continentale Krankenversicherung a.G. vereinbart werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs Y bzw. Y-U (MB/KK 2009 und Tarifbedingungen) finden Anwendung, soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden

- Freiwillig Wehrdienstleistenden bis zu einem Eintrittsalter von 30 Jahren und deren
- Familienangehörige, soweit sie ein Eintrittsalter von 65 Jahren noch nicht überschritten haben und in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind bzw. Anspruch auf Familienversicherung haben. Familienangehörige sind der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder.

Das Eintrittsalter errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

3. Optionsrecht

a) Endet die Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender, kann ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten in eine Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen, in die private Pflegepflichtversicherung sowie in eine Krankentagegeldversicherung gewechselt werden, soweit in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind. Abweichend von Satz 1 wird für die Versicherung der gesondert berechneten Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer immer eine erneute Risikoprüfung durchgeführt.

Das Optionsrecht auf eine Krankentagegeldversicherung kann nur wahrgenommen werden, wenn zu dem Umstellungszeitpunkt eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht oder zeitgleich vereinbart wird.

Die Krankentagegeldversicherung kann für

- Arbeitnehmer mit einem Leistungsbeginn entsprechend der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung, frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sowie für
- Selbstständige und Freiberufler mit einem frühesten Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit

vereinbart werden. Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der 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.

Wechselt ein Freiwillig Wehrdienstleistender seinen Status zum Soldaten auf Zeit oder zum Berufssoldaten, kann der Versicherungsschutz auch in Form einer Anwartschaftsversicherung gewählt werden, soweit die dafür erforderlichen tariflichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Beitrag des gewählten Versicherungsschutzes richtet sich nach dem zum Umstellungszeitpunkt 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.

Die Umstellung muss innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender beantragt werden. Sie wird dann im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender wirksam.

- b) Für Freiwillig Wehrdienstleistende kann das Optionsrecht frühestens nach Ablauf der Probezeit nach § 58 b Abs. 1 Soldatengesetz (siehe Anhang)* und spätestens zum Ende der Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender wahrgenommen werden.
- c) Endet für mitversicherte Familienangehörige die Versicherungspflicht in der GKV oder der Anspruch auf Familienversicherung bevor die Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender endet, gilt Absatz a entsprechend.

d) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung der Dienstzeit als Freiwillig Wehrdienstleistender oder das Ende der Versicherungspflicht in der GKV bzw. das Ende des Anspruchs auf Familienversicherung innerhalb einer Frist von sechs Monaten in Textform mitzuteilen. Auf Verlangen hat der Versicherungsnehmer außerdem Auskunft über die für die Aufnahme bestimmten Voraussetzungen nach Nr. 2 zu erteilen und ggf. entsprechende Nachweise zu erbringen.

4. Ende der Versicherung

- a) Die Versicherung nach diesem Tarif endet mit Beendigung des Tarifs Y bzw. Y-U.
- b) Wird das Optionsrecht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif zu dem Zeitpunkt, zu dem der Wechsel wirksam wird.
- c) Wird das Optionsrecht nicht wahrgenommen, endet die Versicherung nach diesem Tarif spätestens bei Wegfall der für die Aufnahme bestimmten Voraussetzungen nach Nr. 2.

5. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die gesamte Vertragslaufzeit festgesetzt und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

6. Beitragsrückerstattung

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für diesen Tarif nicht.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (YG)

1. Versicherungsbedingungen

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.

Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch YG ergänzt.

2. Personenkreis

Aufnahmefähig sind Personen bis zu einem Eintrittsalter von 49 Jahren.

Versicherungsfähig sind

- a) Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung sowie deren
 - Ehegatten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind;
 - eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), die in der GKV versicherungspflichtig sind;
 - Kinder, die aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen Anspruch auf Familienversicherung haben.
- b) Ehegatten, eingetragene Lebenspartner nach dem LPartG und Kinder von Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfavorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes, wenn die

- Ehegatten in der GKV versicherungspflichtig sind;
- eingetragenen Lebenspartner nach dem LPartG in der GKV versicherungspflichtig sind;
- Kinder aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen Anspruch auf Familienversicherung haben.

3. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

Die Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (YG) werden vereinbart, um für die versicherte Person neue Rechte zu begründen und Alterungsrückstellung aufzubauen bzw. bereits erworbene Rechte und Alterungsrückstellung zu bewahren.

Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird nach Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif auf die Wartezeiten angerechnet.

Der Versicherer ist während der Dauer der Anwartschaftsversicherung – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei.

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung oder Leistungsfreiheitsrabatt 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, Pauschalleistung oder des Leistungsfreiheitsrabattes.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009

4. Übertragungswert

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.

5. Umwandlung der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung wird mit Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge oder auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung im unmittelbaren Anschluss ohne erneute Risikoprüfung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt.

Für die in der GKV versicherungspflichtigen Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner nach dem LPartG sowie für die Kinder, die aufgrund einer Pflichtmitgliedschaft eines Familienangehörigen Anspruch auf Familienversicherung haben, wird die Anwartschaftsversicherung ohne erneute Risikoprüfung zu dem Zeitpunkt in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt, in dem die versicherungspflichtige Mitgliedschaft beendet wird. Mit Zustimmung des Versicherers kann eine vorzeitige Umwandlung in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif vorgenommen werden.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer das Vorliegen der Voraussetzungen für die Umwandlung der Anwartschaftsversicherung innerhalb von sechs Kalendermonaten ab dem Zeitpunkt, zu dem diese Voraussetzungen erfüllt sind, anzuzeigen und die Voraussetzungen nachzuweisen.

Wird diese Frist nicht eingehalten, endet die Anwartschaftsversicherung zum Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer von dem Vorliegen der Voraussetzungen für die Umwandlung der Anwartschaftsversicherung Kenntnis erlangt. Die Anwartschaftsversicherung wird jedoch in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt, wenn für die versicherte Person eine erneute Risikoprüfung durchgeführt wird, die zur Annahme des Versicherers führt. In diesem Fall wird die Anwartschaftsversicherung rückwirkend zu dem Zeitpunkt, ab dem die Voraussetzungen für die Umwandlung der Anwartschaftsversicherung erfüllt waren, in die Versicherung nach dem vereinbarten Tarif umgewandelt.

6. Kündigung / Beendigung der Anwartschaftsversicherung

Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt oder ohne Umwandlung beendet, erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

7. Beiträge

Der Anwartschaftsbeitrag wird nach den technischen Berechnungsgrundlagen des vereinbarten Tarifs sowie dieser Besonderen Bedingungen ermittelt. Er richtet sich nach dem vereinbarten Tarif, dem dafür vereinbarten Beitrag, dem Geschlecht und dem Alter zum Zeitpunkt des Beginns der Anwartschaftsversicherung nach diesen Besonderen Bedingungen; dies gilt hinsichtlich des Geschlechts nicht für vereinbarte Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Der Mindestbeitrag der Anwartschaftsversicherung beträgt 5 % vom Beitrag des vereinbarten Tarifs. Ab einem Alter von 16 Jahren ist der Anwartschaftsbeitrag für Jugendliche und ab einem Alter von 21 Jahren ist der Anwartschaftsbeitrag für Erwachsene zu entrichten.

Bei Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif ist für versicherte Personen ab einem Alter von 54 Jahren der mit Beginn der Anwartschaftsversicherung geltende Beitrag des vereinbarten Tarifs unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Beitragsanpassungen zu entrichten.

Bei Umwandlung der Anwartschaftsversicherung in eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif ist für versicherte Personen bis zu einem Alter von 53 Jahren der Beitrag des vereinbarten Tarifs zum dann erreichten Alter zu entrichten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen vorhandene Alterungsrückstellung wird beitragsmindernd angerechnet.

Die vorgenannten für die Beitragsberechnung bei Umwandlung der Anwartschaftsversicherung festgelegten Alter können angepasst werden, wenn sich das in der technischen Berechnungsgrundlage für die Kalkulation maßgebliche Gesetz für die Ermittlung des durchschnittlichen Pensionseintrittsalters ändert.

8. Beitragsanpassung

Bei einer Beitragsanpassung im vereinbarten Tarif wird der Anwartschaftsbeitrag mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Grundlage dieser Neuberechnung sind die jeweils gültigen technischen Berechnungsgrundlagen des vereinbarten Tarifs und dieser Besonderen Bedingungen, der neue Beitrag des vereinbarten Tarifs sowie das erreichte Alter der versicherten Person.

9. Lebensalter

Das Eintrittsalter nach Nr. 2 und die Alter nach Nr. 6 und 7 errechnen sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem jeweiligen Kalenderjahr.

Besondere Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung (AG)

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. 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.
2. 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.

3. Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei.
4. Hat vor Beginn der Anwartschaftsversicherung bereits eine Versicherung nach dem vereinbarten Tarif bestanden, so bleiben die während der vollen Beitragszahlung erworbenen Rechte erhalten.
5. Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen ohne besonderen Zuschlag mitversichert.
6. Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.

7. 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.
8. 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.

9. 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 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, Pauschalleistung oder des Leistungsfreiheitsrabattes.
12. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AG ergänzt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung YK

Für die kleine Anwartschaftsversicherung YK gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind:

1. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden

- Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten) bis zu einem Eintrittsalter von 49 Jahren sowie deren
- Familienangehörige, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtig sind bzw. Anspruch auf Familienversicherung haben. Familienangehörige sind der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) und deren Kinder.

Das Eintrittsalter errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

2. Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung

- 2.1 Innerhalb von sechs Monaten nach Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung hat der Versicherungsnehmer das Recht, im unmittelbaren Anschluss für jede versicherte Person eine Umwandlung in eine Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, und eine Krankentagegeldversicherung nach den zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang geöffneten Tarifen (bei Beihilfeanspruch beihilfekonformen Tarifen) ohne erneute Risikoprüfung zu verlangen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung innerhalb der Frist von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt des Wegfalls anzuzeigen und nachzuweisen.

Die Krankentagegeldversicherung kann für

- Arbeitnehmer mit einem Leistungsbeginn entsprechend der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung, frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit, sowie für

- Selbständige mit einem frühesten Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit

vereinbart werden. Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der GKV – auf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen begrenzt, darf jedoch 130 % des zum Zeitpunkt der Umwandlung maßgebenden höchsten Krankengeldes in der GKV nicht übersteigen.

- 2.2 Endet für mitversicherte Familienangehörige die Versicherungspflicht in der GKV oder entfällt der Anspruch auf Familienversicherung, hat der Versicherungsnehmer zudem das Recht, innerhalb von sechs Monaten im unmittelbaren Anschluss für die versicherte Person eine Umwandlung in eine Krankheitskostenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, und eine Krankentagegeldversicherung nach den zu diesem Zeitpunkt für den Neuzugang geöffneten Tarifen (bei Beihilfeanspruch beihilfekonformen Tarifen) ohne erneute Risikoprüfung zu verlangen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung der Versicherungspflicht in der GKV oder den Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung innerhalb der Frist von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Beendigung oder des Wegfalls anzuzeigen und nachzuweisen.

Bei der Umwandlung in eine Krankentagegeldversicherung gelten die Bestimmungen unter Nr. 2.1, Satz 3 und 4 entsprechend.

- 2.3 Mit Wahrnehmung des Anwartschaftsrechts ist der Beitrag des dann vereinbarten Tarifs einschließlich etwaiger Beitragszuschläge entsprechend dem erreichten Alter zu entrichten.
- 2.4 Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung ist der Versicherer – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – leistungsfrei.
- 2.5 Während der Anwartschaftsversicherung entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen

Zuschlag mitversichert, sofern nach den dann vereinbarten Tarifen ein Leistungsanspruch besteht.

- 2.6 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet.
- 2.7 Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für die Dauer der Anwartschaftsversicherung nicht. Die Dauer der Anwartschaftsversicherung gilt für die dann vereinbarten Tarife nicht als leistungsfreier Zeitraum.

3. Beitrag der Anwartschaftsversicherung

Der monatliche Anwartschaftsbeitrag beträgt

- 0,95 Euro bis Alter 35
- 2,50 Euro von Alter 36 bis Alter 50
- 5,00 Euro ab Alter 51.

Ab dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person 36 oder 51 Jahre alt wird, gilt der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

4. Umstellung in eine große Anwartschaftsversicherung

Auf Antrag wird die kleine Anwartschaftsversicherung YK ohne erneute Risikoprüfung in eine bedarfsgerechte und

für den Neuzugang geöffnete große Anwartschaftsversicherung (mit Bildung von Alterungsrückstellungen) umgestellt. Der Beitrag für die jeweilige große Anwartschaftsversicherung richtet sich nach dem erreichten Alter.

5. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 5.1 Wird die Frist nach Nr. 2.1 nicht eingehalten, endet die Anwartschaftsversicherung für jede versicherte Person zum Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer von dem Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung Kenntnis erlangt.
- 5.2 Ferner endet die Anwartschaftsversicherung bei Nichteinhalten der Frist nach Nr. 2.2 für mitversicherte Familienangehörige zum Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer von der Beendigung der Versicherungspflicht in der GKV oder dem Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung Kenntnis erlangt.
- 5.3 Wird die Anwartschaftsversicherung gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte. Beiträge werden nicht zurückgezahlt.

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 Lebenspartnerschaftsgesetz 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.

4. 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.
5. 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.
6. 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 Ver-

sicherungsschutzes erfolgt zum 1. des Monats, der auf die Beendigung der Ausbildung folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.

7. In Tarifen, die für Jugendliche eine niedrigere Selbstbeteiligung als für Erwachsene vorsehen, gilt für Studenten abweichend von den Tarifbedingungen die höhere Selbstbeteiligung für Erwachsene.
8. 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.

9. Nach Tarifen, die ausschließlich für Erwachsene eine Pauschalleistung mit absoluten Beträgen vorsehen, wird auch für Studenten eine Pauschalleistung erbracht. Nr. 8 gilt entsprechend.

10. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch AZ ergänzt.

Erläuterung der Tarifbezeichnung

AZ KHT/20 = Besondere Bedingungen zum Krankenhaustagegeldtarif KHT mit einem Krankenhaustagegeld 20,- Euro täglich.

Besondere Bedingungen für Beamte auf Widerruf (BA)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen des vereinbarten Tarifs soweit nachstehend keine abweichenden Regelungen getroffen sind:

Die Besonderen Bedingungen BA können nur zu einer Krankheitskostenversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen für beihilfeberechtigte Personen vereinbart werden.

1. Versicherungsfähig sind Beamte auf Widerruf und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ab einem Eintrittsalter von 16 Jahren bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 39 Jahre alt wird.
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 oder die Zeit als Beamter auf Widerruf um mehr als sechs Monate unterbrochen wird. Die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen erlischt für alle Tarife mit Beendigung oder teilweiser Beendigung der Krankheitskostenversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G.
4. Bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach diesen Besonderen Bedingungen wird die Versicherung ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung im bisherigen Umfang nach den vereinbarten Tarifen weitergeführt. Der Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Bei-

tragserhöhung 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.

5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 1 dieser Besonderen Bedingungen 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.
6. Besteht im Anschluss an die Zeit als Beamter auf Widerruf 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 der bestehenden Tarife in Höhe der bisher durch andere Kostenträger gedeckten Krankheitskosten erweitert werden, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Zeit als Beamter auf Widerruf 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 Zeit als Beamter auf Widerruf folgt. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist unverzüglich anzuzeigen.
7. In Tarifen, die für Personen bis zu dem Kalenderjahr in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, keine Selbstbeteiligung vorsehen, gilt abweichend von den Tarifbedingungen die Selbstbeteiligung für Erwachsene.
8. In Tarifen, die ausschließlich für Erwachsene eine garantierte Beitragsrückerstattung vorsehen, erhalten auch Personen, die noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, eine garantierte Beitragsrückerstattung nach den in den Tarifbedingungen aufgeführten Voraussetzungen.
9. Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch BA 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 2017) 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 – 14 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 – 14 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfenvorschriften 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 | 689,- Euro, |
| b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu | 1.298,- Euro, |
| c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu | 1.612,- Euro, |
| d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu | 1.995,- Euro |

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes 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 den Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

* siehe Anhang zu den MB/PPV 2017

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 Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung werden in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 Euro, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro erstattet.

In Tarifstufe 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).

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

In Tarifstufe 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 10 Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25,- Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu

40,- Euro

je Kalendermonat erstattet.

4.3 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

1.612,- 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 3 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 3.224,- Euro im Kalenderjahr erhöhen, 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 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

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 vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 3 MB/PPV 2017) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266 Euro je Kalendermonat, abgegolten. 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 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 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 Behandlungspflege 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.

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 Tarilstufe 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 Tarilstufe 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

- a) der teilstationären Pflege,
- b) der Kurzzeitpflege,
- c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
- d) 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 Tarilstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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 Tarilstufe 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 Tarilstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

Pflegehilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.1 Pflegebetten

- Pflegebetten, manuell verstellbar
- Pflegebetten, motorisch verstellbar
- Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten

1.2 Pflegebettenzubehör

- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettgalgen
- Aufrichthilfe
- Seitengitter
- Fixiersysteme für Personen

1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung

- Einlegerahmen
- Rückenstützen, manuell verstellbar
- Rückenstützen, motorisch verstellbar

1.4 Spezielle Pflegebettische

- Pflegebettische
- Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte

1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung

- Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett

1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung

- Rollstühle mit Sitzkantelung

1.7 Pflegerollstühle

- Pflegerollstühle

Hilfsmittel*:

1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

- Lifter, fahrbar

1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

- Wandlifter

1.10 Zubehör für Lifter

- Zubehör für Lifter

1.11 Umsetz- u. Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen

Innenraum und Außenbereich

1.12 Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle

Treppen

1.13 Treppenfahrzeuge

- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)
- Treppenraupen

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen (Stechbecken)
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Urinflaschenhalter
- Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar

2.2 Waschsysteme

- Kopfwaschsysteme
- Ganzkörperwaschsysteme
- Duschwagen
- Kopfwaschbecken, freistehend
- Hygienesitze

Hilfsmittel*:

2.3 Badewannenlifter

- Badewannenlifter, mobil
- Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche

2.4 Badewanneneinsätze

- Badewannenverkürzer
- Badeliegen

2.5 Badewannensitze

- Badewannenbretter
- Badewannensitze ohne Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne
- Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar

2.6 Duschhilfen

- Duschsitze, an der Wand montiert
- Duschhocker
- Duschstühle

2.7 Toilettensitze

- Toilettensitzerhöhungen
- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen

- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar
- Toilettensitze für Kinder

2.8 Toilettensitzgestelle

- Toilettensitzgestelle
- Toilettensitzgestelle

2.9 Toilettensühle

- Feststehende Toilettensühle aus Metall oder Kunststoff
- Feststehende Holztoilettensühle
- Toilettensühle für Kinder

2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichteilfen

- Badewannengriffe, mobil
- Stützgriffe für Waschbecken und Toilette

2.11 Toilettensrollstühle

- Toilettensrollstühle

2.12 Duschrollstühle

- Dusch-Schieberollstühle

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität

3.1 Notrufsysteme

- Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale

Hilfsmittel*:

3.2 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen

3.3 Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)

4. Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden

4.1 Lagerungsrollen

- Lagerungsrollen
- Lagerungshalbrollen

Hilfsmittel*:

4.2 Lagerungskeile

- Lagerungskeile bis zu 10 / 20 / 30 / über 30 cm

4.3 Sitzhilfen zur Vorbeugung

- Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien

4.4 Liegehilfen zur Vorbeugung

- Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien
- Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.1 Saugende Bettschutzeinlagen

- Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürze

5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

- Desinfektionsmittel

Hilfsmittel*:

5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3
- Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2
- Vorlagen für Urininkontinenz

5.5 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen

- Netz hose Größe 1 / Netz hose Größe 2

5.6 Saugende Inkontinenzhosen

- Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3

5.7 Externe Urinalableiter

- Urinal-Kondome/Rolltrichter

5.8 Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril

5.9 Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril

5.10 Zubehör für Auffangbeutel

- Haltebänder für Urinbeutel
- Halterungen/Taschen für Urinbeinbeutel
- Halterungen/Befestigungen für Bettbeutel

Hilfsmittel*:

Neben den genannten Pflegehilfsmitteln werden auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt, 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 2017 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 von 6,40 EUR in Tarifstufe PVN und 4,98 EUR in Tarifstufe PVB zu zahlen.

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 2017 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 2017 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 Basistarif 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 2017 entsprechend.

* siehe Anhang zu den MB/PPV 2017

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 2017 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 2017 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 2017 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 2017 entsprechend.

* siehe Anhang zu den MB/PPV 2017

Private Pflegepflichtversicherung

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2017 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 – 14 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2017 ab 1. Januar 2017 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 10,68 Euro
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 2017, 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 Basisstarif 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 34. 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 2017 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 Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2017 entsprechend.

* siehe Anhang zu den MB/PPV 2017

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 angegliedert. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

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 Überweisungsformen wählt. Die Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

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, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- 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 ausgeschlossen, 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 berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- 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 höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

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 Pflegetagegeld 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 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 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 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	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 Pflegetagegeld 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 Absatz 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 Alterungsrückstellung 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.

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

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

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 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.

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 nach § 1 Abs. 10 RB/PG 2017 vorläufig durch den behandelnden Arzt anhand eines vom Versicherer ausgehändigten For-

mulars 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 vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 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 vereinbarende Tagessatz in Höhe von 150,- Euro nicht überschritten werden. Diese Höchstgrenze kann durch den Versicherer erhöht werden.

Diese Nachversicherungsgarantie nach Absatz 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 Absatz 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 je-

weiligen Leistungsart darf nicht höher sein als vor dem Wechsel.

Der Beitrag für den neuen Pflegetagegeldtarif 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.

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 Pflageetagegeld- und Pflegeeinmalleistungsversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Pflageetagegeld- 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 umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Versicherungsumfang

Die Pflegeeinmalleistung ist in vollen Tausendebeträgen 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

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogener 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 | 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

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 Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden/Leistungsfalldaten benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden/Leistungsfall ist. **Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.**

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit 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 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Krankenversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 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 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 a.G. und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinwei-

sen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

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 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 (Artikel 13 Abs. 4 DS-GVO) oder eine Information gesetzlich nicht erforderlich ist (Artikel 14 Abs. 5 DS-GVO).

4. Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten

4.1 Spezialisierte Unternehmen der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen oder Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral oder dezentral durch ein oder mehrere Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

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, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite 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 Versicherungsvertrags 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 diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzangelegenheiten benötigen.

4.5 Datenaustausch mit Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. zur Angabe von Vorerkrankungen, Überprüfung Ihrer Vorversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls 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

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schaden-/Leistungsfalldaten an die Rückversicherer zu übermitteln, damit diese sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können.

4.7 Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

4.8 Datenübermittlung an Auskunftsteien

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. b) und Artikel 6 Abs. f) der DS-GVO. Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 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 Auskunftsteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum 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 Auskunftsteien können den Informationsblättern der SCHUFA und der infoscore Consumer Data GmbH entnommen werden.

4.9 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.

5. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert 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 der vereinbarten Tarife. 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 erhaltenen 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 erhaltenen Informationen entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht sowie der Höhe der Leistungspflicht, 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 überprüfen zu lassen. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Vollautomatisierte Einzelfallentscheidungen, die ein Mitarbeiter 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 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). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

8. Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit
Nordrhein-Westfalen Telefon: 0211 / 38424-0
Postfach 20 04 44 Telefax: 0211 / 38424-10
40102 Düsseldorf E-Mail: poststelle@ldi.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 dieser Information sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G.

Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G., die personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die mit *) gekennzeichneten Stellen, für die wir nach Ziffer 1 der „Schweigepflichtenbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen“ bzw. Ziffer 3.2 der „Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung“ eine Einwilligung und Schweigepflichtenbindungserklärung benötigen.

Die folgende Liste nennt mögliche Dienstleister und Auftragnehmer der Continentale Krankenversicherung a.G. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist.

Die Liste wird laufend aktualisiert und ist im Internet unter www.continentale.de/dienstleisterliste einsehbar.

Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
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- und Vertragsbearbeitung, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Lebensversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Sachversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Lebensversicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Mannheimer Versicherung AG	Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise

Auftragnehmer, Kooperationspartner, Einzelne Stellen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Continentale Business Services GmbH	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise

AmTrust International*)	Ausfallversicherung für Immobiliendarlehen	Nein
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG*)	Adressaktualisierung	Nein
Dortmunder Allfinanz Versicherungsvermittlungs-GmbH	Vermittlung nicht gezeichneter Risiken	Ja, teilweise
infoscore Consumer Data GmbH; Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Bonitätsprüfung	Nein
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management	Ja
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten	Nein
Poolrevision des PKV-Verbandes*)	Vertrags- und Leistungsstatistik zur Pflegepflichtversicherung, zum Standard- und zum Basisstarif	Ja
Schufa Holding AG; Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsprüfung	Nein

Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Adressermittler*)	Adressprüfung	Nein
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern	Nein
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen	Ja, teilweise
Auskunfteien*)	Wirtschaftsauskünfte	Nein
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten	Nein
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung	Ja, teilweise
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadenzahlungen	Nein
Marktforschungsunternehmen*)	Marktforschung	Nein
Rehabilitationsdienste	Hilfs- und Pflegeleistungen	Ja
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung	Ja
Übersetzer	Übersetzung	Ja, teilweise
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikoprüfung, Postservice incl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung	Ja, teilweise

Stand: 01.02.2018

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschließermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z. B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-) Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs- oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbekanntmachungen).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z. B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname,

Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften

- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z. B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigen betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstauschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit.

Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z. B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z. B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren.
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Ver-

arbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-

statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z. B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die ICD verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes 2018 (BDSG).

Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 DS-GVO oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn von diesen ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechnete Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben. Ein berechtigtes Interesse liegt z. B. vor, wenn Waren auf Rechnung versendet werden, ein Kredit vergeben wird, ein Mobil- oder Festnetzvertrag, ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird oder das Unternehmen eine sonstige wirtschaftliche Vorleistung erbringen soll.

Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben (Bonitätsbeurteilung). Gespeichert werden von der ICD hierzu Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten sowie zur Existenz bzw. Zustellbarkeit unter der angegebenen Adresse.

Die Daten dienen den anfragenden Unternehmen zur Beurteilung der Zahlungsfähigkeit bzw. -willigkeit sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbau oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Verarbeitung umfasst auch die Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten (Scoring) zum Zwecke der Beurteilung der Ausfallwahrscheinlichkeit. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung.

Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) und ggf. Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten und ggf. zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse verarbeitet bzw. gespeichert.

Hierzu zählen bspw. Daten, die auf Einmeldungen von Vertragspartnern zu Mahn- oder Inkassovorgängen beruhen (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angeordnete oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung) oder Daten von Gerichten zu Eintragungen im Schuldnerverzeichnis sowie zu (Verbraucher-) Insolvenzverfahren.

Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen der Vertragspartner der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen.

Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-Unternehmen, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen.

Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DS-GVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftunternehmen. Bei der ICD finden dieser Selbstverpflichtung entsprechend folgende Prüf- und Löschrufen Anwendung:

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1–3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n)
- Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)
- Ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> bei der ICD beantragen.

Profilbildung/Profiling/Scoring

Vor Geschäften mit einem wirtschaftlichen Risiko möchten Vertragspartner möglichst gut einschätzen können, ob den eingegangenen Zahlungsverpflichtungen nachgekommen werden wird. Durch die ICD-Bonitätsauskunft und mittels sogenannter Wahrscheinlichkeitswerte bzw. Scoring unterstützt die ICD Unternehmen bei der Entscheidungsfindung und hilft dabei, alltägliche (Waren-) Kreditgeschäfte rasch abwickeln zu können.

Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen, die auch in der Selbstauskunft gemäß Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Anhand der zu einer Person gespeicherten Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt:

- Daten, die auf Einmeldungen von Vertragspartnern zu Mahn- oder Inkassovorgängen beruhen (Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung) oder Daten von Gerichten zu Eintragungen im Schuldnerverzeichnis sowie zu (Verbraucher-) Insolvenzverfahren.
- Geschlecht und Alter der Person
- Adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse)
- Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus))
- Daten aus Anfragen durch Vertragspartner der ICD

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DS-GVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortlich Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Nachfolgend finden Sie Kontaktdaten der infoscore Consumer Data GmbH sowie deren betrieblichen Datenschutzbeauftragten:

infoscore Consumer Data GmbH
Rheinstr. 99
76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: datenschutz@arvatoinfoscore.de.

(Stand der Informationen: September 2017)

