

Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen

Inhaltsübersicht:	Seite
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (Ergänzungsversicherung)	3 – 4
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (Krankentagegeldversicherung)	5 – 6
Allgemeine Kundeninformation	7 – 8
Tarif Mehr Zahn 100 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	9 – 12
Tarif Mehr Zahn 90 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	13 – 16
Tarif Mehr Zahn 80 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	17 – 20
Tarif Mehr Zahnvorsorge Bonus <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	21 – 24
Tarif Mehr Zahnvorsorge <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	25 – 28
Tarif Mehr Komfort 1-Bett-K <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	29 – 33
Tarif Mehr Komfort 1-Bett <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	34 – 39
Tarif Mehr Komfort 2-Bett-K <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	40 – 44
Tarif Mehr Komfort 2-Bett <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	45 – 49
Tarif Mehr Komfort Krankheit <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	50 – 55
Tarif Mehr Komfort Unfall <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	56 – 61
Tarif Mehr Gesundheit 2.000 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	62 – 66
Tarif Mehr Gesundheit 1.000 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	67 – 71
Tarif Mehr Gesundheit 500 <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	72 – 76
Tarif Mehr Sehen <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	77 – 79
Tarif KH+ <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	80 – 81
Tarif T42+ <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	82 – 84
Allgemeine Versicherungsbedingungen <i>(für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)</i>	85 – 96
Allgemeine Versicherungsbedingungen <i>(für die Krankentagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)</i>	97 – 105
Hinweise zum Datenschutz	106 – 107
Beratungsdokumentation	108 – 109

Ergänzungsversicherung zur GKV Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia Krankenversicherung AG
Deutschland

Ergänzungsversiche- rung zur GKV

Mit diesem Informationsblatt erhalten Sie einen Überblick über die angebotene Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Informationen sind allerdings nicht abschließend. **Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:**

- **Versicherungsantrag,**
- **Versicherungsschein,**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen für den von Ihnen gewählten Tarif, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur Verfügung stellen.**

Bitte lesen Sie alle Unterlagen durch, damit Sie umfassend informiert sind.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Ergänzungsversicherung an. Diese ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegebenenfalls nach deren Vorleistung. Sie können zwischen verschiedenen Tarifen für verschiedene Leistungsarten wählen. Eine Ergänzungsversicherung schützt Sie gegen finanzielle Risiken, die zum Beispiel mit

- stationärer Heilbehandlung,
 - Behandlungen durch Heilpraktiker,
 - ambulanten Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte oder
 - Zahnersatz
- im Zusammenhang stehen.



Was ist versichert?

Sie können zwischen verschiedenen Tarifen für verschiedene Leistungsarten wählen. Dazu gehören zum Beispiel:

- ✓ bei stationärer Heilbehandlung Ersatz der Kosten für Behandlung durch den Chefarzt und Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
- ✓ Option auf eine Krankheitskosten-Vollversicherung
- ✓ Behandlungen durch Heilpraktiker
- ✓ Heil- und Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen)
- ✓ ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte
- ✓ Zahnprophylaxe, Zahnbehandlungen und Zahnersatz, Kieferorthopädie für Kinder
- ✓ Reise-Krankenversicherung inklusive Rücktransport und Überführung aus dem Ausland
- ✓ Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung
Die Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.
- ✓ wahlweise Sondervereinbarungen für Beitragsentlastung im Alter
Die Höhe der vereinbarten Beitragsentlastung entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt. Das gilt nicht, wenn auch das vorsätzliche Herbeiführen ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen ist. Den genauen Umfang der Leistungen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.
- ✗ Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Deckung ist zum Beispiel in den folgenden Fällen eingeschränkt:

- ! Kosten, für die Ihre gesetzliche Krankenversicherung aufkommt, übernehmen wir nicht. Den vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- ! Bei der Reise-Krankenversicherung erstatten wir Kosten für Überführung aus dem Ausland bis zu einer bestimmten Höchstgrenze. Den vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- ! Für bestimmte Leistungsarten sind Höchstgrenzen oder Erstattungssätze unter 100 % vereinbart.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Ergänzungsversicherung zur GKV bietet Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in außereuropäischen Ländern besteht ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz für mindestens einen Monat. Den vereinbarten Geltungsbereich entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- ✓ Die Reise-Krankenversicherung bietet Ihnen bei Urlaubsreisen im Ausland weltweit Versicherungsschutz. Je nach gewähltem Tarif kann zudem auch Versicherungsschutz für dienstliche Reisen ins Ausland (weltweit) und für Inlandsreisen enthalten sein.
- ✓ Die Krankenhaustagegeld-Versicherung gilt für stationäre Heilbehandlungen in Europa. Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ansonsten können Sie auch gesonderten Versicherungsschutz für Heilbehandlungen bei einem nicht nur vorübergehenden Aufenthalt in einem außereuropäischen Land vereinbaren. Den vereinbarten Leistungsumfang können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Pflichten:

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Schließen Sie für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Krankheitskosten-Vertrag ab, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

- Der Versicherungsbeitrag ist je nach Tarif ein Monatsbeitrag oder Jahresbeitrag, der von Ihnen, sofern vereinbart, in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden kann. Diese Monatsrate wird dann am Ersten eines Monats fällig.
- Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen.

- Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag einzuziehen (SEPA-Lastschriftverfahren), werden wir den Beitrag jeweils zum Fälligkeitstermin von dem angegebenen Konto abbuchen.
- Zahlen Sie den Beitrag selbst, müssen Sie den fälligen Beitrag rechtzeitig auf die von uns mitgeteilte Bankverbindung überweisen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Er endet auch für bereits schwebende Versicherungsfälle
 - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses sowie
 - bei Tod des Versicherungsnehmers.
- Einzelheiten zu Beginn und Ende des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls dem jeweiligen Tarif.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vereinbarten Mindest-Vertragsdauer von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten. Die Tarifbedingungen können auch eine kürzere Mindest-Vertragsdauer oder Kündigungsfrist vorsehen.
- In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Einzelheiten zum Thema Kündigung oder Ende des Vertrages, zum Beispiel
 - weil wir die Beiträge erhöhen oder
 - weil Sie den Beitrag nicht zahlen.

Mit diesem Informationsblatt erhalten Sie einen Überblick über die angebotene Krankentagegeld-Versicherung. Diese Informationen sind allerdings nicht abschließend. **Die vollständigen Informationen und den konkreten Versicherungsumfang finden Sie in den folgenden Vertragsunterlagen:**

- **Versicherungsantrag,**
- **Versicherungsschein,**
- **Allgemeine Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls weitere Besondere Bedingungen und Vereinbarungen für den von Ihnen gewählten Tarif, die wir Ihnen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung zur Verfügung stellen.**

Bitte lesen Sie alle Unterlagen durch, damit Sie umfassend informiert sind.

Um welche Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine Krankentagegeld-Versicherung an, die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit in Folge einer Erkrankung oder eines Unfalls vorsieht.



Was ist versichert?

- ✓ Krankentagegeld im Falle einer Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe des Tagegeldes und die Karenzzeit, nach deren Ablauf die Tagegeldzahlung einsetzen soll, ist für Sie wählbar.
- ✓ Krankentagegeld während der gesetzlichen Mutterschutzfristen und am Entbindungstag.



Was ist nicht versichert?

Nicht versichert sind zum Beispiel:

- ✗ Versicherungsfälle, die die versicherte Person vorsätzlich herbeiführt. Das gilt nicht, wenn sie ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Den genauen Umfang der Leistungen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Krankentagegeld-Versicherung bietet Ihnen Versicherungsschutz in Deutschland. Sie bietet Ihnen auch bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen oder im außereuropäischen Ausland für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung Versicherungsschutz.
- ✓ In Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung können Sie bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland auch Versicherungsschutz bei ambulanten Heilbehandlungen vereinbaren.
- ✓ Den vereinbarten Geltungsbereich entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die Deckung ist zum Beispiel in den folgenden Fällen eingeschränkt:

- ! Das Krankentagegeld darf zusammen mit anderen Krankentage- und Krankengeldern Ihr Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- ! Wir zahlen das Krankentagegeld nur einmal für eine Arbeitsunfähigkeit, die gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen wird.
- ! Vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit leisten wir nicht. Den vereinbarten Leistungsumfang entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen zum Beispiel folgende Pflichten:

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Zeigen Sie uns jeden Berufswechsel einer versicherten Person unverzüglich an.
- Zeigen Sie uns eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit unverzüglich an. Legen Sie uns einen entsprechenden Nachweis spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist vor.
- Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Versicherungsbeitrag ist je nach Tarif ein Monatsbeitrag oder Jahresbeitrag, der von Ihnen, sofern vereinbart, in gleichen monatlichen Raten gezahlt werden kann. Diese Monatsrate wird dann am Ersten eines Monats fällig.
- Den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate müssen Sie - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zahlen.
- Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag einzuziehen (SEPA-Lastschriftverfahren), werden wir den Beitrag jeweils zum Fälligkeitstermin von dem angegebenen Konto abbuchen.
- Zahlen Sie den Beitrag selbst, müssen Sie den fälligen Beitrag rechtzeitig auf die von uns mitgeteilte Bankverbindung überweisen.



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Er endet für die betroffene versicherte Person
 - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit,
 - bei Berufsunfähigkeit sowie
 - bei Tod des Versicherungsnehmers.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten. Die Tarifbedingungen können auch eine kürzere Mindest-Vertragsdauer oder Kündigungsfrist vorsehen.
- In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen finden Sie weitere Einzelheiten zum Thema Kündigung oder Ende des Vertrages, zum Beispiel
 - weil wir die Beiträge erhöhen oder
 - weil Sie den Beitrag nicht zahlen.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

1. Identität des Versicherers

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung AG in der Rechtsform der Aktiengesellschaft mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 28475. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift

Die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:

Barmenia Krankenversicherung AG,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.

Die Barmenia Krankenversicherung AG wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Eurich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Barmenia Krankenversicherung AG ist durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zum Betrieb von Kranken- und Pflegeversicherungen in allen ihren Arten zugelassen.

4. Garantie-/Sicherungsfonds

Die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, schützt im Einvernehmen mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Versicherungsnehmer vor den Folgen der Insolvenz eines Krankenversicherungsunternehmens.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

b) Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Die Versicherungsleistung wird fällig, sobald der Versicherer die Anspruchsberechtigung festgestellt hat.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Den Gesamtpreis für die Versicherung(en) können Sie dem Antrag entnehmen.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Mit Ausnahme einer bei nicht vereinbarungsgemäßer Beitragszahlung möglichen Mahnkostenpauschale fallen keine weiteren Kosten, Steuern oder sonstige Gebühren an.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Sofern der Erlass von Wartezeiten auf Grund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Annahmefrist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen.

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

11. Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Versicherungsvertragsgesetz

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Telefax: 0202 438-3244,
E-Mail: vertrag-kranken@barmenia.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den

Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrages. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

12. Laufzeit

Einzelheiten zur Laufzeit sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung

Einzelheiten zur Vertragsbeendigung sind dem "Informationsblatt zu Versicherungsprodukten" zu entnehmen.

14. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache

Die Vertragsbedingungen und die hier unter den Nummern 1 bis 17 gegebenen Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit dieser Versicherung erfolgt in Deutsch.

16. Versicherungsombudsmann

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten.

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch gerichtet werden an:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft"

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. hat gemeinsam mit seinen Mitgliedsunternehmen "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Versicherungsunternehmen" - einen so genannten Code of Conduct - aufgestellt und mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt. Die Barmenia-Unternehmen sind diesem Code of Conduct zum 01.04.2013 beigetreten und haben sich damit zu seiner Einhaltung verpflichtet.

Den vollständigen Wortlaut der Verhaltensregeln können Sie unter www.datenschutz.barmenia.de nachlesen.

Sie möchten die Verhaltensregeln gerne in Papierform erhalten oder haben Fragen dazu? Dann rufen Sie einfach an: Sie erreichen die Barmenia-Kundenbetreuung montags bis freitags von 08:00 - 20:00 Uhr und samstags von 09:00 - 15:00 Uhr unter 0202 438-3303.

Tarif Mehr Zahn 100

Ergänzungstarif für Zahnersatz

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Zahn 100** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Zahn 100**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Zahn 100** im Versicherungsschein: **ZAHN1H**

Stand: 01.12.2019

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Zahn 100**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Zahnersatz (zum Beispiel Implantate, Brücken, Kronen, Inlays)	100 %	ohne Höchstgrenze
Zahnersatz bei Regelversorgung	100 %	ohne Höchstgrenze

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 100** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Zahn 100** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Zahn 100** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) erstatten wir zu angemessenen Preisen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Implantate, Inlays) **100 %** der Kosten für Zahnersatz inklusive der Vorleistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Die Kosten für Keramik- und Kunststoff-Verblendungen sind für alle Zähne versichert.

Eingeschlossen sind auch Vor- und Nachbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und augmentative Leistungen (Knochenaufbau).

Wenn Sie zustehende Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, ziehen wir 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge von den tariflichen Leistungen ab.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal: 4.500 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal: 6.000 EUR
- Ab dem fünften Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen Versicherer bestand, gilt Folgendes: Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Art, Umfang und Dauer der bisherigen Zahnersatzversicherung spielen keine Rolle.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Zahnersatz bei Regelversorgung **100 %** der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen im Rahmen der Regelversorgung der GKV.

Innovationsgarantie

Sämtliche Zahnersatz-Maßnahmen sind versichert, auch solche die es heute noch nicht gibt. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an. Sie müssen dafür nichts tun.

Zukunftsgarantie

Die GKV oder Heilfürsorge orientieren sich beim Zahnersatz am vorliegenden Befund. Daraus ergibt sich ein Festzuschuss, den wir als Vorleistung berücksichtigen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge können sich jedoch ändern. Das hat aber keine Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz. Sie erhalten von uns unverändert die Leistungen im tariflich vereinbarten Umfang.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	1,30
21 - 30	9,50
31 - 40	22,50
41 - 50	33,70
51 - 60	50,40
Ab 61	61,40

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
2. Was ist beim Einreichen der Rechnungen zu beachten?
3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Zahn 100** kündigen?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen die Höhe der Leistungen von Ihrer GKV oder Ihrer Heilfürsorge bestätigen.

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 100** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Zahn 100** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Zahn 100** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Zahn 100**: 01.06.2020

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2021

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Zahn 100**: 31.05.2021

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Zahn 100** zu dem Tag, in dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Zahn 90

Ergänzungstarif für Zahnersatz

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Zahn 90** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Zahn 90**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Zahn 90** im Versicherungsschein: **ZAHN90**

Stand: 01.12.2019

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Zahn 90**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Zahnersatz (zum Beispiel Implantate, Brücken, Kronen, Inlays)	90 %	ohne Höchstgrenze
Zahnersatz bei Regelversorgung	100 %	ohne Höchstgrenze

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 90** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Zahn 90** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Zahn 90** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) erstatten wir zu angemessenen Preisen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Implantate, Inlays) **90 %** der Kosten für Zahnersatz inklusive der Vorleistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Die Kosten für Keramik- und Kunststoff-Verblendungen sind für alle Zähne versichert.

Eingeschlossen sind auch Vor- und Nachbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und augmentative Leistungen (Knochenaufbau).

Wenn Sie zustehende Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, ziehen wir 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge von den tariflichen Leistungen ab.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal: 4.500 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal: 6.000 EUR
- Ab dem fünften Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen Versicherer bestand, gilt Folgendes: Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Art, Umfang und Dauer der bisherigen Zahnersatzversicherung spielen keine Rolle.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Zahnersatz bei Regelversorgung **100 %** der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen im Rahmen der Regelversorgung der GKV.

Innovationsgarantie

Sämtliche Zahnersatz-Maßnahmen sind versichert, auch solche die es heute noch nicht gibt. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an. Sie müssen dafür nichts tun.

Zukunftsgarantie

Die GKV oder Heilfürsorge orientieren sich beim Zahnersatz am vorliegenden Befund. Daraus ergibt sich ein Festzuschuss, den wir als Vorleistung berücksichtigen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge können sich jedoch ändern. Das hat aber keine Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz. Sie erhalten von uns unverändert die Leistungen im tariflich vereinbarten Umfang.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	1,00
21 - 30	7,10
31 - 40	16,80
41 - 50	25,10
51 - 60	37,50
Ab 61	45,70

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Was ist beim Einreichen der Rechnungen zu beachten?

Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen die Höhe der Leistungen von Ihrer GKV oder Ihrer Heilfürsorge bestätigen.

3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Zahn 90** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 90** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Zahn 90** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Zahn 90** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Zahn 90**: 01.06.2020

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2021

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Zahn 90**: 31.05.2021

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre
Versicherung in der GKV oder der
Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Zahn 90** zu dem Tag, in dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Zahn 80

Ergänzungstarif für Zahnersatz

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Zahn 80** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Zahn 80**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Zahn 80** im Versicherungsschein: **ZAHN80**

Stand: 01.12.2019

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Zahn 80**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Zahnersatz (zum Beispiel Implantate, Brücken, Kronen, Inlays)	80 %	ohne Höchstgrenze
Zahnersatz bei Regelversorgung	100 %	ohne Höchstgrenze

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 80** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Zahn 80** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Zahn 80** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) erstatten wir zu angemessenen Preisen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Kronen, Implantate, Inlays) **80 %** der Kosten für Zahnersatz inklusive der Vorleistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers. Unter den Versicherungsschutz für Zahnersatz fallen zum Beispiel Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Kronen und Implantate. Die Kosten für Keramik- und Kunststoff-Verblendungen sind für alle Zähne versichert.

Eingeschlossen sind auch Vor- und Nachbehandlungen. Dazu zählen zum Beispiel funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und augmentative Leistungen (Knochenaufbau).

Wenn Sie zustehende Leistungen der GKV oder der Heilfürsorge nicht in Anspruch nehmen, ziehen wir 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung der GKV oder der Heilfürsorge von den tariflichen Leistungen ab.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz sind in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal: 4.500 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal: 6.000 EUR
- Ab dem fünften Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wenn in den letzten sechs Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen Versicherer bestand, gilt Folgendes: Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal: 1.500 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal: 3.000 EUR
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Art, Umfang und Dauer der bisherigen Zahnersatzversicherung spielen keine Rolle.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

2. Zahnersatz bei Regelversorgung **100 %** der Kosten für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen im Rahmen der Regelversorgung der GKV.

Innovationsgarantie

Sämtliche Zahnersatz-Maßnahmen sind versichert, auch solche die es heute noch nicht gibt. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an. Sie müssen dafür nichts tun.

Zukunftsgarantie

Die GKV oder Heilfürsorge orientieren sich beim Zahnersatz am vorliegenden Befund. Daraus ergibt sich ein Festzuschuss, den wir als Vorleistung berücksichtigen. Die Leistungen der GKV oder Heilfürsorge können sich jedoch ändern. Das hat aber keine Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz. Sie erhalten von uns unverändert die Leistungen im tariflich vereinbarten Umfang.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	0,70
21 - 30	4,60
31 - 40	10,60
41 - 50	15,90
51 - 60	23,90
Ab 61	29,20

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Was ist beim Einreichen der Rechnungen zu beachten?

Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen die Höhe der Leistungen von Ihrer GKV oder Ihrer Heilfürsorge bestätigen.

3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Zahn 80** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Zahn 80** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Zahn 80** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Zahn 80** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Zahn 80**: 01.06.2020

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2021

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Zahn 80**: 31.05.2021

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Zahn 80** zu dem Tag, in dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Zahnvorsorge Bonus

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge Bonus** im Versicherungsschein: **ZAHNVB**

Stand: 01.12.2019

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge Bonus**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Professionelle Zahnreinigung/Prothesenreinigung	100 %	ohne Höchstgrenze
Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Fissuren-Versiegelung)	100 %	ohne Höchstgrenze
Hochwertige Kunststoff-Füllungen	100 %	ohne Höchstgrenze
Wurzel- und Parodontosebehandlungen	100 %	ohne Höchstgrenze
Aufbiss-Schienen	100 %	ohne Höchstgrenze

Schmerzlindernde Maßnahmen (zum Beispiel Vollnarkose, Akupunktur, Hypnose)	100 %	ohne Höchstgrenze
Zahnaufhellung (zum Beispiel Bleaching)	100 %	bis 200 EUR alle zwei Kalenderjahre
Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädie) bei Beginn der Behandlung bis zum 21. Lebensjahr Die Altersgrenze entfällt bei Unfällen.	100 %	einmalig insgesamt 2.000 EUR

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** gibt es nicht.

Was müssen Sie beim Abschluss des Tarifs beachten?

Der Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** kann nur in Verbindung mit einem Zahnersatztarif der Barmenia vereinbart werden. Wird der Zahnersatztarif beendet, endet auch dieser Tarif. In diesem Fall stellen wir auf den Tarif **Mehr Zahnvorsorge** um.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) erstatten wir zu angemessenen Preisen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- | | | |
|--|--------------|---|
| 1. Professionelle Zahnreinigung/Prothesenreinigung | 100 % | der Kosten für das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung) oder Prothesenreinigung. |
| 2. Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen | 100 % | der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen.

Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:
- Fluoridierung zur Zahnschmelz-Härtung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Fissuren-Versiegelung |
| 3. Hochwertige Kunststoff-Füllungen | 100 % | der Kosten für hochwertige Kunststoff-Füllungen. Dazu gehören zum Beispiel Kunststoff-Füllungen, Kompositfüllungen sowie Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, jedoch keine In- und Onlays (Einlagefüllungen). |
| 4. Wurzel- und Parodontose-behandlungen | 100 % | der Kosten für Wurzel- und Parodontosebehandlungen. Dazu gehören zum Beispiel auch die Kosten für Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen. |

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

5. Aufbiss-Schienen **100 %** der Kosten für Aufbiss-Schienen (auch Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.
6. Schmerzlindernde Maßnahmen (Angstpatienten) **100 %** der Kosten für schmerzlindernde Maßnahmen beim Zahnarzt.
 Unter den Versicherungsschutz für schmerzlindernde Maßnahmen fallen zum Beispiel:
 - Vollnarkose
 - Akupunktur
 - Hypnose
 - Analgo-Sedierung
 - Lachgas-Sedierung
7. Zahnaufhellung (zum Beispiel Bleaching) **100 %** der Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen bis zu 200 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Dazu gehört zum Beispiel die Aufhellung der Zähne mit Bleaching. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden oder zahnärztlich begleitet werden.
8. Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie) **100 %** der Kosten. Während der Vertragslaufzeit erstatten wir insgesamt bis zu 2.000 EUR. Der Grad der Zahnfehlstellung spielt dabei keine Rolle. Darunter fallen beispielsweise auch die Kosten für Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen und festsitzende Retainer.

Voraussetzung ist, dass Sie bei Beginn der Behandlung noch keine 21 Jahre alt sind. Die Altersgrenze entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 8 sind in den ersten zwei Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Innovationsgarantie

Sämtliche zahnmedizinische Prophylaxe- und Zahnbehandlungs-Maßnahmen sind versichert. Auch solche, die es heute noch nicht gibt. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an. Sie müssen nichts dafür tun.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	15,00
Ab 21	9,00

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1. TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter ab 21 zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
2. Was ist beim Einreichen der Rechnungen zu beachten?
Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen die Höhe der Leistungen von Ihrer GKV oder Ihrer Heilfürsorge bestätigen.
3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** kündigen?
Nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** ohne eine Frist jeden Tag kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen. Der Zahnersatztarif bleibt von der Kündigung unberührt und wird weiter fortgeführt.

Beispiel:
Beginn des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge Bonus**: 01.06.2020
Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2021
Frühestmöglicher Kündigungstermin des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge Bonus**: 31.05.2021
Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.
4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?
In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge Bonus** zu dem Tag, in dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Zahnvorsorge

Ergänzungstarif für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Zahnvorsorge** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Zahnvorsorge**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge** im Versicherungsschein: **ZAHNV**

Stand: 01.12.2019

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Professionelle Zahnreinigung/Prothesenreinigung	100 %	ohne Höchstgrenze
Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen (zum Beispiel Fissuren-Versiegelung)	100 %	ohne Höchstgrenze
Hochwertige Kunststoff-Füllungen	100 %	ohne Höchstgrenze
Wurzel- und Parodontosebehandlungen	100 %	ohne Höchstgrenze
Aufbiss-Schienen	100 %	ohne Höchstgrenze

Schmerzlindernde Maßnahmen (zum Beispiel Vollnarkose, Akupunktur, Hypnose)	100 %	ohne Höchstgrenze
Zahn- und Kieferregulierungen (Kieferorthopädie) bei Beginn der Behandlung bis zum 21. Lebensjahr Die Altersgrenze entfällt bei Unfällen.	100 %	einmalig insgesamt 2.000 EUR

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Zahnvorsorge** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Zahnvorsorge** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und/oder für Ärzte (GOÄ). Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) erstatten wir zu angemessenen Preisen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- | | | |
|--|--------------|--|
| 1. Professionelle Zahnreinigung/Prothesenreinigung | 100 % | der Kosten für das Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung) oder Prothesenreinigung. |
| 2. Zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen | 100 % | der Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen. |
| 3. Hochwertige Kunststoff-Füllungen | 100 % | der Kosten für hochwertige Kunststoff-Füllungen. Dazu gehören zum Beispiel Kunststoff-Füllungen, Kompositfüllungen sowie Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, jedoch keine In- und Onlays (Einlagefüllungen). |

Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel:

- Fluoridierung zur Zahnschmelz-Härtung
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Fissuren-Versiegelung

Die Leistungen nach Ziffern 3 bis 6 sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

4. Wurzel- und Parodontosebehandlungen **100 %** der Kosten für Wurzel- und Parodontosebehandlungen. Dazu gehören zum Beispiel auch die Kosten für Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen.
- Die Leistungen nach Ziffern 3 bis 6 sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:
- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
 - in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR
 - Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.
- Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
5. Aufbiss-Schienen **100 %** der Kosten für Aufbiss-Schienen (auch Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.
- Die Leistungen nach Ziffern 3 bis 6 sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:
- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
 - in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR
 - Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.
- Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
6. Schmerzlindernde Maßnahmen (Angstpatienten) **100 %** der Kosten für schmerzlindernde Maßnahmen beim Zahnarzt.
- Unter den Versicherungsschutz für schmerzlindernde Maßnahmen fallen zum Beispiel:
- Vollnarkose
 - Akupunktur
 - Hypnose
 - Analgo-Sedierung
 - Lachgas-Sedierung
- Die Leistungen nach Ziffern 3 bis 6 sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:
- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
 - in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR
 - Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.
- Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
7. Zahn- und Kieferregulierung (Kieferorthopädie) **100 %** der Kosten. Während der Vertragslaufzeit erstatten wir insgesamt bis zu 2.000 EUR. Der Grad der Zahnfehlstellung spielt dabei keine Rolle. Darunter fallen beispielsweise auch die Kosten für Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen und festsitzende Retainer.
- Voraussetzung ist, dass Sie bei Beginn der Behandlung noch keine 21 Jahre alt sind. Die Altersgrenze entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
- Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 7 sind in den ersten zwei Kalenderjahren begrenzt. Die Gesamtleistung beträgt je versicherte Person:

- im ersten Kalenderjahr maximal → 150 EUR
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal → 300 EUR

Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Innovationsgarantie

Sämtliche zahnmedizinische Prophylaxe- und Zahnbehandlungs-Maßnahmen sind versichert. Auch solche, die es heute noch nicht gibt. Ihr Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an. Sie müssen nichts dafür tun.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	15,00
Ab 21	9,00

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1. TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter ab 21 zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Was ist beim Einreichen der Rechnungen zu beachten?

Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen die Höhe der Leistungen von Ihrer GKV oder Ihrer Heilfürsorge bestätigen.

3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Zahnvorsorge** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Zahnvorsorge** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Zahnvorsorge** ohne eine Frist jeden Tag kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge**: 01.06.2020
Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2021
Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Zahnvorsorge**: 31.05.2021
Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Zahnvorsorge** zu dem Tag, in dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Komfort 1-Bett K

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett K** im Versicherungsschein: **KOMF1K**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett K**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	25 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	25 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Ambulante Entbindungspauschale	-	1.000 EUR
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage
Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport)	100 %	-
Rücktransport aus dem Ausland	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.
2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.

Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 12 erstattet.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 12 erstattet.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für

 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.

7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.
- Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
8. Ambulante Entbindungspauschale **1.000 EUR** pauschal je Hausgeburt, wenn Sie Ihr Kind zu Hause zur Welt bringen und sich gegen eine stationäre Entbindung im Krankenhaus entscheiden. Als Hausgeburt gilt auch die Entbindung in einem Geburtshaus.
9. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
10. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angedachten Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.
11. Reha-Tagegeld **100 EUR** je Tag bis maximal 21 Tage bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Wir zahlen das Tagesgeld unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein gesetzlicher Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme.
 - Vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt.
 - Die stationäre Behandlung stand mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang.
12. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) **100 %** der Zuzahlungen, die Sie bei stationären Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für
- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und
 - stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).
- Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.
13. Rücktransport aus dem Ausland **100 %** der Kosten für folgende Rücktransporte:
- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
 - Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:

- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

Für Personen, die mindestens 21 Jahre alt sind (Erwachsene), gilt Folgendes:

- Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** ist mit Alterungsrückstellung kalkuliert.
- Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, das tarifliche Eintrittsalter aus dem Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt errechnet.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
2. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen? Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.
3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** kündigen? Nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett K**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett K**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet? In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Komfort 1-Bett

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort 1-Bett**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett** im Versicherungsschein: **KOMF1**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	25 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	25 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Ambulante Entbindungspauschale	-	1.000 EUR
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage
Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport)	100 %	-
Rücktransport aus dem Ausland	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** gibt es nicht.

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert. Er endet zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** um, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Sie müssen nichts dafür tun.

Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.
2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.

Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort 1-Bett**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 12 erstattet.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 12 erstattet.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für

 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.

7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.
- Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
8. Ambulante Entbindungspauschale **1.000 EUR** pauschal je Hausgeburt, wenn Sie Ihr Kind zu Hause zur Welt bringen und sich gegen eine stationäre Entbindung im Krankenhaus entscheiden. Als Hausgeburt gilt auch die Entbindung in einem Geburtshaus.
9. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
10. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angeratenen Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.
11. Reha-Tagegeld **100 EUR** je Tag bis maximal 21 Tage bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.
- Wir zahlen das Tagesgeld unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein gesetzlicher Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme.
 - Vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt.
 - Die stationäre Behandlung stand mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang.
12. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) **100 %** der Zuzahlungen, die Sie bei stationären Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für
- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und
 - stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).
- Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.
13. Rücktransport aus dem Ausland **100 %** der Kosten für folgende Rücktransporte:
- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
 - Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:

- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	5,45
15 - 21	9,88
21 - 30	16,29
31 - 40	25,28
41 - 50	25,28
51 - 60	38,19

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre bzw. 51 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

3. Wie können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** (mit Alterungsrückstellung) umstellen?

Sie können den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** jederzeit in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** umstellen, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist.

Den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** vereinbaren wir ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an. Der Beitrag für den neuen Tarif richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.

4. Wann endet der Tarif spätestens?

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** endet spätestens zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** um. Sie müssen nichts dafür tun.

Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

5. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

6. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Komfort 2-Bett K

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett K** im Versicherungsschein: **KOMF2K**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett K**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Zweibettzimmer	15 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	15 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Ambulante Entbindungspauschale	-	1.000 EUR
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft im Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden. In dem Fall übernehmen wir die Kosten in Höhe des Zweibettzimmers.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
15 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.
- Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
15 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.
- Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.
- Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt übernehmen wir nicht.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.
- Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.
- Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.
- Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport übernehmen wir nicht.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.
7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.
- Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
8. Ambulante Entbindungspauschale **1.000 EUR** pauschal je Hausgeburt, wenn Sie Ihr Kind zu Hause zur Welt bringen und sich gegen eine stationäre Entbindung im Krankenhaus entscheiden. Als Hausgeburt gilt auch die Entbindung in einem Geburtshaus.
9. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.

10. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angeratenen Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.
2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

Für Personen, die mindestens 21 Jahre alt sind (Erwachsene), gilt Folgendes:

- Der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** ist mit Alterungsrückstellung kalkuliert.
- Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, das tarifliche Eintrittsalter aus dem Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt errechnet.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
2. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen? Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.
3. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** kündigen? Nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett K**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett K**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

4. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Komfort 2-Bett

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort 2-Bett**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett** im Versicherungsschein: **KOMF2**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Zweibettzimmer	15 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	15 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Ambulante Entbindungspauschale	-	1.000 EUR
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** gibt es nicht.

Der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert. Er endet zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** um, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Sie müssen nichts dafür tun.

Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft im Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden. In dem Fall übernehmen wir die Kosten in Höhe des Zweibettzimmers.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:

15 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.

2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:

15 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.

Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort 2-Bett**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nicht erstattet.

4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.

5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nicht erstattet.

6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.

7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.

Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.

8. Ambulante Entbindungspauschale **1.000 EUR** pauschal je Hausgeburt, wenn Sie Ihr Kind zu Hause zur Welt bringen und sich gegen eine stationäre Entbindung im Krankenhaus entscheiden. Als Hausgeburt gilt auch die Entbindung in einem Geburtshaus.

9. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.

Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.

10. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angedachten Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	4,76
15 - 21	7,75
21 - 30	10,48
31 - 40	15,75
41 - 50	15,75
51 - 60	24,42

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter? Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre bzw. 51 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.
2. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen? Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

3. Wie können Sie den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** in den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** (mit Alterungsrückstellung) umstellen?

Sie können den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** jederzeit in den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** umstellen, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist.

Den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** vereinbaren wir ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an. Der Beitrag für den neuen Tarif richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.

4. Wann endet der Tarif spätestens?

Der Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** endet spätestens zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 2-Bett K** um. Sie müssen nichts dafür tun.

Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

5. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Komfort 2-Bett**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

6. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort 2-Bett** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Komfort Krankheit

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung bei schweren Krankheiten

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort Krankheit** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort Krankheit**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit** im Versicherungsschein: **KOMFK**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	25 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	25 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage
Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport)	100 %	-
Rücktransport aus dem Ausland	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort Krankheit** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir leisten, wenn die Kosten nachweislich auf eine schwere Krankheit zurückzuführen sind (vergleiche Buchstabe D, Ziffer 1). Die schwere Krankheit muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.
2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.

Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort Krankheit**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 11 erstattet.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 11 erstattet.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für

 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.

7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.
- Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
8. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
9. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angeratenen Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.
10. Reha-Tagegeld **100 EUR** je Tag bis maximal 21 Tage bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.
- Wir zahlen das Tagesgeld unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein gesetzlicher Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme.
 - Vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt.
 - Die stationäre Behandlung stand mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang.
11. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) **100 %** der Zuzahlungen, die Sie bei stationären Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für
- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und
 - stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).
- Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und Art und Höhe der Zuzahlung ein.
12. Rücktransport aus dem Ausland **100 %** der Kosten für folgende Rücktransporte:
- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
 - Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:
- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
 - Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	0,44
15 - 21	0,99
21 - 30	1,63
31 - 40	2,53
41 - 50	5,82
51 - 60	10,48
61 - 70	25,49
71 - 80	45,42
Ab 81	62,14

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50, 51 - 60, 61 - 70 bzw. 71 - 80 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre, 61 Jahre, 71 Jahre bzw. 81 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Was verstehen wir unter einer schweren Krankheit?

Abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KK 09 liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieses Tarifs vor, wenn bei Ihnen eine der aufgeführten schweren Krankheiten erstmals nach Beginn des Tarifs ärztlich diagnostiziert wird.

Bei folgenden schweren Krankheiten besteht nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** Versicherungsschutz:

- AIDS und HIV
- Akuter Herzinfarkt mit Einschränkung der Pumpfunktion
- Offene Herz-Operationen
- Bösartige Tumoren/Krebserkrankungen einschließlich Leukämie/Blutkrebs
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung oder Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Multiple Sklerose
- Gehirn-Operation
- Operationsbedürftiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Koma oder Wachkoma
- Infektiöse Meningitis/Enzephalitis
- Teillähmung/Lähmung mindestens eines Beines oder eines Armes
- Arterielle Bypass-Operationen
- Therapierefraktäre Epilepsie
- Amputationen infolge einer Krankheit

- Chronische Osteomyelitis
- Gesundheitsschädigung durch Rettung von Menschenleben
- Alle seltenen, behandlungsbedürftigen Krankheiten (zum Beispiel ALS)
In der Europäischen Union (EU) gilt eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind.

Bis die Diagnose der schweren Krankheit im Rahmen der stationären Behandlung sicher festgestellt werden kann, reicht für Ihren Anspruch auf Leistungen ein ärztlich begründeter Verdacht aus.

Stellt sich dann heraus, dass keine der genannten schweren Krankheiten im Sinne dieses Tarifs vorliegt, leisten wir bis zu drei Tage nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Sie haben uns unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

4. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Tarif Mehr Komfort Unfall

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung bei Unfällen

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort Unfall** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Komfort Unfall**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort Unfall** im Versicherungsschein: **KOMFU**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort Unfall**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	25 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	25 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage
Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport)	100 %	-
Rücktransport aus dem Ausland	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Unfall** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Ein Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort Unfall** gibt es nicht. Das Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort Unfall** beträgt 67 Jahre.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort Unfall** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir leisten, wenn die Kosten nachweislich durch einen Unfall entstanden sind (vergleiche Buchstabe D, Ziffer 1). Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.
2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl **100 %** der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte.

Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort Unfall**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 11 erstattet.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung **100 %** der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten **100 %** der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt.

Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 11 erstattet.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus **100 %** der Kosten für

 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
 - Leistungen des Krankenhauses und
 - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.
7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung **100 %** der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus.

Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.

8. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In) **100 %** der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
9. Ärztliche Zweitmeinung **100 %** der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel bei einer angedachten Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.
- Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert ist.
10. Reha-Tagegeld **100 EUR** je Tag bis maximal 21 Tage bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.
- Wir zahlen das Tagesgeld unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein gesetzlicher Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme.
 - Vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt.
 - Die stationäre Behandlung stand mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang.
11. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) **100 %** der Zuzahlungen, die Sie bei stationären Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben. Das sind Zuzahlungen für
- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und
 - stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).
- Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.
12. Rücktransport aus dem Ausland **100 %** der Kosten für folgende Rücktransporte:
- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
 - Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:
- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
 - Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Alter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	1,36
15 - 21	2,47
21 - 30	3,26
31 - 40	5,05
41 - 50	5,05
51 - 60	7,64
61 - 70	21,85
71 - 80	38,93
Ab 81	62,14

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Alter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Alter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50, 51 - 60, 61 - 70 bzw. 71 - 80 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre, 61 Jahre, 71 Jahre bzw. 81 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Was verstehen wir unter einem Unfall?

Abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KK 09 ist ein Unfall im Sinne dieses Tarif ein Ereignis, das plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkt und ihn schädigt.

Ein Unfall liegt darüber hinaus in folgenden Fällen vor:

- Verletzungen durch Sport oder Eigenbewegungen: Sie verrenken sich ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule. Oder Sie zerran sich Ihre Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln oder zerreißen diese.
- Gesundheitsschäden durch Vergiftungen: Sie nehmen unfreiwillig Stoffe ein.
- Gesundheitsschäden durch Erfrieren, Ertrinken oder unfreiwilligen Entzug von Sauerstoff, Nahrung oder Flüssigkeit.
- Gesundheitsschäden durch Einwirken von Gasen/Dämpfen oder Ähnlichem. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsschäden nicht als Berufs- oder Gewerkrankheit anerkannt sind.
- Gesundheitsschäden durch Verbrennungen

Ein Unfall liegt nicht vor, wenn Sie ihn

- durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen herbeiführen oder
- beim Ausüben eines Berufs-, Extrem- oder Motorsportverursachen.

Berufssportler sind Sie, wenn Sie Ihre sportliche Tätigkeit hauptberuflich ausüben.

Folgende Sportarten werden beispielsweise als Extremsport eingestuft:

Drachenfliegen, Paragliding, Boxen, Rugby oder Freeclimbing sowie andere risikoreiche Sportarten.

Ausgeschlossen sind außerdem Unfälle, die infolge von bestehenden Erkrankungen der Knochen bzw. des Bewegungsapparates oder einer bestehenden Behinderung verursacht werden.

Bis die Unfalldiagnose im Rahmen der stationären Behandlung sicher festgestellt werden kann, reicht für Ihren Anspruch auf Leistungen ein ärztlich begründeter Verdacht aus.

Stellt sich dann heraus, dass kein Unfall im Sinne dieses Tarifs vorliegt, leisten wir bis zu drei Tage nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Sie haben uns unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

4. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort Unfall** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Unfall** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort Unfall** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort Unfall** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort Unfall**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Komfort Unfall**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort Unfall** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Gesundheit 2.000

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren, Vorsorgeuntersuchungen und vieles mehr

**Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Kranken-
versicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge
haben.**

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (MB/KK 09) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Gesundheit 2.000**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Gesundheit 2.000** im Versicherungsschein: **G2000**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Gesundheit 2.000**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker (zum Beispiel Akupunktur, Osteopathie, Chiropraktik)	100 %
Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen, Logopädie)	100 %
Hilfsmittel (außer Sehhilfen) (zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle)	100 %
Arznei- und Verbandmittel	100 %
Gesetzliche Zuzahlungen (zum Beispiel für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausaufenthalte)	100 %
Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte	100 %
Schutzimpfungen (zum Beispiel Reiseschutzimpfungen)	100 %

für alle Leistungen insgesamt bis zu 2.000 EUR pro Kalenderjahr

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- | | | |
|--|--------------|---|
| 1. Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker | 100 % | der Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. |
| 2. Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen) | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen).

Zu Heilmitteln gehören zum Beispiel medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe. |
| 3. Arznei- und Verbandmittel | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate. |
| 4. Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte | 100 % | der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte. Dazu gehören zum Beispiel allgemeine Check-Ups, Kinder- und Jugendlichenvorsorge, Augen- und Ohrenvorsorge, Herz- und Kreislaufvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsvorsorge sowie Demenzvorsorge. |
| 5. Gesetzliche Zuzahlungen | 100 % | der folgenden Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben: <ul style="list-style-type: none">- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V) |

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.

6. Schutzimpfungen **100 %** der Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Erstattungshöchstbetrag

Die unter Ziffern 1. bis 6. genannten Kosten übernehmen wir pro versicherter Person und Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von **2.000 EUR**.

Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen.

Beispiel für **Mehr Gesundheit 2.000**:

Datum	Kosten für	Erstattung
01.04. des laufenden Jahres:	Heilmittel (Massagen) 400 EUR	400 EUR
01.10. des laufenden Jahres:	Behandlung durch Heilpraktiker 800 EUR	800 EUR
Bis 31.12. des laufenden Jahres insgesamt		1.200 EUR
Ab 01.01. des Folgejahres neuer Anspruch bis zu		2.000 EUR

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	19,00
21 - 30	20,00
31 - 40	33,00
41 - 50	43,00
51 - 60	48,00
Ab 61	50,00

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50, 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre, 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wann können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Gesundheit 2.000**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Gesundheit 2.000**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

3. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 2.000** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

▪ Akupressur	▪ Eigenharnbehandlung	▪ Kinesiologie
▪ Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)	▪ Elementar-Therapie	▪ Kristallographie
▪ Anthroposophische Medizin	▪ Enzymtherapie	▪ Lasertherapie
▪ Antihomotoxische Medizin	▪ Ernährungsberatung bei Allergien ¹	▪ Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
▪ Aromatherapie	▪ Feldenkrais-Methode	▪ Lymphdrainage
▪ Ausleitende Verfahren: - Aderlass - Baunscheidt-Behandlung - Bier'sche Stauung - Bluteigelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen	▪ Gasgemischinjektionen	▪ Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
▪ Ayurveda	▪ Hautwiderstandsmessungen	▪ Nervenpunktmassage
▪ Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler	▪ Heilmagnetische Behandlungen	▪ Neuraltherapie
▪ Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm	▪ Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathische Komplexmitteltherapie)	▪ Nosodentherapie
▪ Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.	▪ Homöosiniatrie	▪ Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
▪ Carcinochrom-Reaktion	▪ Hydrotherapie	▪ Orthomolekulare Medizin
▪ Chiropraktik (Chirotherapie)	▪ Hyperthermie	▪ Osteopathie
▪ Colon-Hydrotherapie	▪ Irisdiagnostik (Augendiagnostik)	▪ Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
▪ Eigenblutbehandlung	▪ Isopathie	▪ Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermalpunktur)
▪ Phytotherapie	▪ Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)	▪ Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
▪ Proteomik	▪ Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.	▪ Ultraschalltherapie
▪ Reflexzonenmassagen	▪ Shiatsu	▪ Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese
▪ Regena-Therapie	▪ Spagyrik	▪ Roeder'sches Verfahren
▪ Regulationsmedizin und Matrixtherapie	▪ Thermographie	▪ Thermotherapie

¹ Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Gesundheit 1.000

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren, Vorsorgeuntersuchungen und vieles mehr

**Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Kranken-
versicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge
haben.**

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungs-
bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Gesundheit 1.000**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Gesundheit 1.000** im Versicherungsschein: **G1000**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Gesundheit 1.000**. Den genauen Umfang der Leistungen
finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker (zum Beispiel Akupunktur, Osteopathie, Chiropraktik)	100 %
Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen, Logopädie)	100 %
Hilfsmittel (außer Sehhilfen) (zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle)	100 %
Arznei- und Verbandmittel	100 %
Gesetzliche Zuzahlungen (zum Beispiel für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausaufenthalte)	100 %
Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte	100 %
Schutzimpfungen (zum Beispiel Reiseschutzimpfungen)	100 %

für alle Leistungen insgesamt
bis zu 1.000 EUR pro Kalen-
derjahr

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- | | | |
|--|--------------|---|
| 1. Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker | 100 % | der Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. |
| 2. Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen) | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen).

Zu Heilmitteln gehören zum Beispiel medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe. |
| 3. Arznei- und Verbandmittel | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate. |
| 4. Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte | 100 % | der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte. Dazu gehören zum Beispiel allgemeine Check-Ups, Kinder- und Jugendlichenvorsorge, Augen- und Ohrenvorsorge, Herz- und Kreislaufvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsvorsorge sowie Demenzvorsorge. |
| 5. Gesetzliche Zuzahlungen | 100 % | der folgenden Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben: <ul style="list-style-type: none">- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V) |

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.

6. Schutzimpfungen **100 %** der Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Erstattungshöchstbetrag

Die unter Ziffern 1. bis 6. genannten Kosten übernehmen wir pro versicherter Person und Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von **1.000 EUR**.

Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen.

Beispiel für **Mehr Gesundheit 1.000**:

Datum	Kosten für	Erstattung
01.04. des laufenden Jahres:	Heilmittel (Massagen) 200 EUR	200 EUR
01.10. des laufenden Jahres:	Behandlung durch Heilpraktiker 400 EUR	400 EUR
Bis 31.12. des laufenden Jahres insgesamt		600 EUR
Ab 01.01. des Folgejahres neuer Anspruch bis zu		1.000 EUR

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	9,00
21 - 30	10,00
31 - 40	17,00
41 - 50	22,00
51 - 60	25,00
Ab 61	30,00

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50, 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre, 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wann können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Gesundheit 1.000**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Gesundheit 1.000**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

3. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 1.000** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

▪ Akupressur	▪ Eigenharnbehandlung	▪ Kinesiologie
▪ Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)	▪ Elementar-Therapie	▪ Kristallographie
▪ Anthroposophische Medizin	▪ Enzymtherapie	▪ Lasertherapie
▪ Antihomotoxische Medizin	▪ Ernährungsberatung bei Allergien ¹	▪ Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
▪ Aromatherapie	▪ Feldenkrais-Methode	▪ Lymphdrainage
▪ Ausleitende Verfahren: - Aderlass - Baunscheidt-Behandlung - Bier'sche Stauung - Bluteigelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen	▪ Gasgemischinjektionen	▪ Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
▪ Ayurveda	▪ Hautwiderstandsmessungen	▪ Nervenpunktmassage
▪ Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler	▪ Heilmagnetische Behandlungen	▪ Neuraltherapie
▪ Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm	▪ Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathische Komplexmitteltherapie)	▪ Nosodentherapie
▪ Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.	▪ Homöosiniatrie	▪ Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
▪ Carcinochrom-Reaktion	▪ Hydrotherapie	▪ Orthomolekulare Medizin
▪ Chiropraktik (Chirotherapie)	▪ Hyperthermie	▪ Osteopathie
▪ Colon-Hydrotherapie	▪ Irisdiagnostik (Augendiagnostik)	▪ Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
▪ Eigenblutbehandlung	▪ Isopathie	▪ Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
▪ Phytotherapie	▪ Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)	▪ Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-Gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
▪ Proteomik	▪ Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.	▪ Ultraschalltherapie
▪ Reflexzonenmassagen	▪ Shiatsu	▪ Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese
▪ Regena-Therapie	▪ Spagyrik	▪ Roeder'sches Verfahren
▪ Regulationsmedizin und Matrixtherapie	▪ Thermographie	▪ Thermotherapie

¹ Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Gesundheit 500

Ergänzungstarif für Naturheilverfahren, Vorsorgeuntersuchungen und vieles mehr

**Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Kranken-
versicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge
haben.**

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Gesundheit 500** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Gesundheit 500**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Gesundheit 500** im Versicherungsschein: **G500**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Gesundheit 500**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu
Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker (zum Beispiel Akupunktur, Osteopathie, Chiropraktik)	100 %
Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik, Massagen, Logopädie)	100 %
Hilfsmittel (außer Sehhilfen) (zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle)	100 %
Arznei- und Verbandmittel	100 %
Gesetzliche Zuzahlungen (zum Beispiel für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausaufenthalte)	100 %
Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte	100 %
Schutzimpfungen (zum Beispiel Reiseschutzimpfungen)	100 %

für alle Leistungen insgesamt bis zu 500 EUR pro Kalenderjahr

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 500** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Gesundheit 500** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Gesundheit 500** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Was ist versichert und in welcher Höhe?

- | | | |
|--|--------------|---|
| 1. Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker | 100 % | der Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte und Behandlungen durch Heilpraktiker. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. |
| 2. Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen) | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen).

Zu Heilmitteln gehören zum Beispiel medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören zum Beispiel Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe. |
| 3. Arznei- und Verbandmittel | 100 % | der Kosten für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate. |
| 4. Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte | 100 % | der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte. Dazu gehören zum Beispiel allgemeine Check-Ups, Kinder- und Jugendlichenvorsorge, Augen- und Ohrenvorsorge, Herz- und Kreislaufvorsorge, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsvorsorge sowie Demenzvorsorge. |
| 5. Gesetzliche Zuzahlungen | 100 % | der folgenden Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben: <ul style="list-style-type: none">- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V) |

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Person zu nennen.

- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und der Art und Höhe der Zuzahlung ein.

6. Schutzimpfungen **100 %** der Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Erstattungshöchstbetrag

Die unter Ziffern 1. bis 6. genannten Kosten übernehmen wir pro versicherter Person und Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von **500 EUR**.

Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen.

Beispiel für **Mehr Gesundheit 500**:

Datum	Kosten für	Erstattung
01.04. des laufenden Jahres:	Heilmittel (Massagen) 100 EUR	100 EUR
01.10. des laufenden Jahres:	Behandlung durch Heilpraktiker 200 EUR	200 EUR
Bis 31.12. des laufenden Jahres insgesamt		300 EUR
Ab 01.01. des Folgejahres neuer Anspruch bis zu		500 EUR

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	7,00
21 - 30	8,00
31 - 40	13,00
41 - 50	16,00
51 - 60	19,00
Ab 61	25,00

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre bzw. 61 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wann können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 500** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 500** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Gesundheit 500** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Gesundheit 500** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Gesundheit 500**: 01.06.2022

Ende der Mindesttarifdauer: 31.05.2023

Frühestmöglicher Kündigungstermin
des Tarifs **Mehr Gesundheit 500**: 31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

3. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Gesundheit 500** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

▪ Akupressur	▪ Eigenharnbehandlung	▪ Kinesiologie
▪ Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)	▪ Elementar-Therapie	▪ Kristallographie
▪ Anthroposophische Medizin	▪ Enzymtherapie	▪ Lasertherapie
▪ Antihomotoxische Medizin	▪ Ernährungsberatung bei Allergien ¹	▪ Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
▪ Aromatherapie	▪ Feldenkrais-Methode	▪ Lymphdrainage
▪ Ausleitende Verfahren: - Aderlass - Baunscheidt-Behandlung - Bier'sche Stauung - Bluteigelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen	▪ Gasgemischinjektionen	▪ Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
▪ Ayurveda	▪ Hautwiderstandsmessungen	▪ Nervenpunktmassage
▪ Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler	▪ Heilmagnetische Behandlungen	▪ Neuraltherapie
▪ Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm	▪ Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)	▪ Nosodentherapie
▪ Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.	▪ Homöosiniatrie	▪ Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
▪ Carcinochrom-Reaktion	▪ Hydrotherapie	▪ Orthomolekulare Medizin
▪ Chiropraktik (Chirotherapie)	▪ Hyperthermie	▪ Osteopathie
▪ Colon-Hydrotherapie	▪ Irisdiagnostik (Augendiagnostik)	▪ Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
▪ Eigenblutbehandlung	▪ Isopathie	▪ Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermalpunktur)
▪ Phytotherapie	▪ Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)	▪ Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-Gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
▪ Proteomik	▪ Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.	▪ Ultraschalltherapie
▪ Reflexzonenmassagen	▪ Shiatsu	▪ Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese
▪ Regena-Therapie	▪ Spagyrik	▪ Roeder'sches Verfahren
▪ Regulationsmedizin und Matrixtherapie	▪ Thermographie	▪ Thermoherapie

¹ Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.

Tarif Mehr Sehen

Ergänzungstarif für Sehhilfen und mehr

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Sehen** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Mehr Sehen**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Sehen** im Versicherungsschein: **SEHEN**

Stand: 01.02.2020

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Sehen**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Sehhilfen (zum Beispiel Brillen und Kontaktlinsen)	100 %	300 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK-Operationen)	100 %	einmalig insgesamt 1.000 EUR für beide Augen
Augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen	100 %	ohne Höchstgrenze
Sofort-Hilfe bei Erblindung durch einen Unfall	100 %	einmalig 10.000 EUR

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Sehen** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Sehen** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Sehen** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Sehhilfen (zum Beispiel Brillen oder Kontaktlinsen) **100 %** der Kosten für Brillen (auch Sonnenbrillen), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen einschließlich der Kosten für die Sehstärken-Bestimmung. Dazu gehört auch das entsprechende Zubehör sowie Pflege- und Reinigungsmittel. Die Kosten erstatten wir bis zu einem Gesamtbetrag von **300 EUR** innerhalb von zwei Kalenderjahren. Wie Sie den Gesamtbetrag innerhalb des Zeitraums aufteilen, spielt dabei keine Rolle.

Nach Ablauf von zwei Kalenderjahren haben Sie einen neuen Anspruch, auch wenn sich Ihre Sehstärke nicht verändert hat.

Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes brauchen wir nicht.
2. Operationen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) **100 %** der Kosten bis zu einem Gesamtbetrag von **1.000 EUR** für beide Augen. Wir ersetzen die Kosten einmalig, frühestens nach Ablauf von zwei Jahren seit Beginn dieses Tarifs.

Versichert sind Operationen, um eine Fehlsichtigkeit zu beheben (zum Beispiel LASIK) einschließlich dazu gehörender Vor- und Nachuntersuchungen.
3. Augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen **100 %** der Kosten für augenärztliche Vorsorgeuntersuchungen.
4. Sofort-Hilfe bei Erblindung durch einen Unfall **10.000 EUR** wenn Sie durch einen Unfall erblinden. Hiermit können zum Beispiel die Kosten für Umbaumaßnahmen, Hilfsmittel und Schulungen gedeckt werden. Sie erhalten die Sofort-Hilfe einmal für die gesamte Vertragsdauer in einer Summe. Sie wird unabhängig von den tatsächlichen Kosten gezahlt. Der Unfall und die Erblindung muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KK 09 liegt ein Unfall vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) erblinden. Dazu gehören auch Einwirkungen von Hitze, Gasen usw., die zu einer Erblindung führen.

Damit Sie die Sofort-Hilfe erhalten, reichen Sie bitte eine Schilderung des Unfallherganges ein. Zusätzlich benötigen wir eine Kopie des Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen BI (Blindheit) oder ein entsprechendes augenärztliches Attest.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 20	9,80
Ab 21	11,50

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 20 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter ab 21 zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

2. Wann können Sie den Tarif **Mehr Sehen** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Sehen** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Sehen** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Sehen** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs Mehr Sehen :	01.06.2022
Ende der Mindesttarifdauer:	31.05.2023
Frühestmöglicher Kündigungstermin des Tarifs Mehr Sehen :	31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

3. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Sehen** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.

Krankenhaustagegeldversicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif KH+

Stand 01.01.2013

Der **Tarif KH+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13).

Inhaltsübersicht

Seite

1. Leistungen	
1.1 Art der Leistungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	2
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
2.2 Aufnahmehöchstalter	2
2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs	2
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)	
4.1 Der Versicherungsschutz	2
4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

1. Leistungen

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

1.1 Art der Leistungen

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Das gilt auch für den Aufnahme- und Entlassungstag, nicht jedoch für eine teilstationäre (stundenweise) Behandlung im Krankenhaus.

Bei Behandlungen in Truppensanitätsbereichen oder diesen gleichstehenden Einrichtungen wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von sieben Tagen für jeden folgenden Tag dieses Aufenthalts gezahlt.

1.2 Höhe der Leistungen

Das Krankenhaustagegeld beträgt mindestens 1,00 EUR und kann um je 1,00 EUR gesteigert werden; es wird in der vereinbarten Höhe gezahlt.

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, verdoppelt sich das für das Kind vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer der Begleitung. Die Dauer der Begleitung ist durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs

Ist ein nicht beihilfefähiger Kürzungsbetrag bei stationärer Heilbehandlung über ein Krankenhaustagegeld nach Tarif KH+ abgedeckt und erhöht sich dieser Betrag, so kann der Versicherungsnehmer das Krankenhaustagegeld entsprechend erhöhen, sofern der Tarif KH+ in Verbindung mit einem Krankheitskostentarif des Versicherers vereinbart ist. Der Versicherer wird einen solchen Antrag annehmen, wenn die Anpassung des Versicherungsschutzes für alle betroffenen versicherten Personen spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats (frühestens jedoch ab Beginn des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert) erfolgen soll. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung angewährt. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.11 Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Während der ersten drei Monate eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, so besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht zeitlich unbegrenzter Versicherungsschutz, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung AG eine Krankheitskosten-Vollversicherung, die zeitlich unbegrenzten Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts vorsieht.

4.12 Zu § 2 MB/KK 09: Beginn des Versicherungsschutzes

Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern.

§ 2 (1) Satz 3 MB/KK 09 bleibt unberührt.

4.14 Zu § 3 MB/KK 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei einer Erhöhung des Krankenhaustagegeldes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet, jedoch nicht auf die Wartezeit für Entbindung.

4.15 Zu § 3 (3) MB/KK 09: Besondere Wartezeit

Für Psychotherapie beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate.

4.19 Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

Die medizinische Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung ist durch eine ärztliche Bescheinigung und die Dauer des Krankenhausaufenthalts durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen. Die Belege müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten sowie Beginn und Ende oder voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthalts.

Die Versicherungsleistung wird auf Wunsch in Teilbeträgen entsprechend der Vorlage der Bescheinigungen über den Krankenhausaufenthalt gezahlt.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt: Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

Krankentagegeld- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif T+

Inhaltsübersicht

Seite

Stand 01.01.2018

Der **Tarif T+** ist als **Teil III** der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KT 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KT 13).

Vorbemerkung	2
1. Leistungen	
1.1 Art der Leistungen	2
1.2 Höhe der Leistungen	2
2. Beiträge	
2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
2.2 Aufnahmehöchstalter	2
2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes	2
4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KT 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KT 13)	
4.1 Der Versicherungsschutz	2

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

Vorbemerkung

Nach diesem Tarif können Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind; nach den Tarifstufen 42, 63, 84, 91, 105, 126, 182, 273 und 364 außerdem solche Personen, die als Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

1. Leistungen

Der Versicherer zahlt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall ein Krankentagegeld.

1.1 Art der Leistungen

Das Krankentagegeld wird vom ersten Leistungstag an

- für jeden Tag der weiteren völligen Arbeitsunfähigkeit bzw.
 - für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes und am Entbindungstag
- auch für Sonn- und Feiertage ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

Erster Leistungstag ist

nach Tarifstufe 3 (3 Karenztage)	der	4. Tag
nach Tarifstufe 7 (7 Karenztage)	der	8. Tag
nach Tarifstufe 14 (14 Karenztage)	der	15. Tag
nach Tarifstufe 21 (21 Karenztage)	der	22. Tag
nach Tarifstufe 28 (28 Karenztage)	der	29. Tag
nach Tarifstufe 42 (42 Karenztage)	der	43. Tag
nach Tarifstufe 63 (63 Karenztage)	der	64. Tag
nach Tarifstufe 84 (84 Karenztage)	der	85. Tag
nach Tarifstufe 91 (91 Karenztage)	der	92. Tag
nach Tarifstufe 105 (105 Karenztage)	der	106. Tag
nach Tarifstufe 126 (126 Karenztage)	der	127. Tag
nach Tarifstufe 182 (182 Karenztage)	der	183. Tag
nach Tarifstufe 273 (273 Karenztage)	der	274. Tag
nach Tarifstufe 364 (364 Karenztage)	der	365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Beginns der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes.

Ist Tarifstufe 364 von einem Arbeitnehmer vereinbart und überschreitet die Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber 364 Tage, wird das vereinbarte Krankentagegeld der Tarifstufe 364 von dem Tage an gezahlt, der auf den Wegfall der Entgeltfortzahlung folgt.

Besteht für einen Arbeitnehmer während der ersten vier Wochen eines Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, wird das vereinbarte Krankentagegeld auch nach einer Karenzzeit von drei Tagen für jeden Tag einer völligen Arbeitsunfähigkeit längstens bis zum Ablauf der vierten Woche des Arbeitsverhältnisses gezahlt. Der vertraglich festgelegte Beginn des Arbeitsverhältnisses und der Beginn der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes sind dem Versicherer nachzuweisen.

Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit oder Unfallfolge ärztlich festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.

1.2 Höhe der Leistungen

Das Krankentagegeld beträgt mindestens 1,00 EUR und kann um je 1,00 EUR gesteigert werden; es wird in der vereinbarten Höhe gezahlt.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge sind in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für diesen Tarif gilt kein Aufnahmehöchstalter.

2.5 Anpassung des Versicherungsschutzes

2.51 Erhöhung des Krankentagegeldes

Der Versicherungsnehmer kann bei einer Erhöhung des Nettoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit eine entsprechende Erhöhung des Krankentagegeldes beantragen. Der Versicherungsschutz kann insoweit angepasst werden, dass maximal die Erhöhungen des Nettoeinkommens der dem Anpassungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Jahre ausgeglichen werden. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Erhöhung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens bzw. bei Selbstständigen nach Erhalt des Steuerbescheids durch das Finanzamt beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt. Die Erhöhung des Nettoeinkommens ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Hat der Versicherte auch Anspruch auf Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt die Regelung nur für den nicht durch das Krankengeld gedeckten Teil des Nettoeinkommens.

Der Versicherer wird ferner dem Versicherungsnehmer von Zeit zu Zeit eine Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes ohne Gesundheitsprüfung entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung zum Ausgleich eines veränderten Nettoeinkommens anbieten.

2.52 Kürzung der Karenzzeit

Wird durch eine Verkürzung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit mindestens 42 Karenztagen erforderlich, kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Umstellung beantragen. Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, wenn die Umstellung bis zur Höhe des versicherten Tagegeldes und innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Grundes für die Änderung beantragt wird und die Vertragsänderung zum Ersten des auf die Antragstellung folgenden Monats erfolgen soll. Das Krankentagegeld mit der kürzeren Karenzzeit wird ohne erneute Wartezeit auch für laufende Versicherungsfälle von dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt der Vertragsänderung an gezahlt. Der Grund für die Änderung ist anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KT 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KT 13)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.10 Zu § 1 Abs. 6 MB/KT 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Bei einem Aufenthalt im Ausland wird für dort eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit, bei einer versicherten Tarifstufe mit längerer Karenzzeit entsprechend später, bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht bei der Barmenia Krankenversicherung AG bei stationärer Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskosten-Vollversicherung sowohl Versicherungsschutz für die allgemeinen Krankenhausleistungen als auch für die Unterbringung im Einbettzimmer sowie die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn im Rahmen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die Dauer des jeweiligen Auslandsaufenthaltes eine zusätzliche Vereinbarung (z. B. Tarif WSU) getroffen wird. Im Rahmen dieser zusätzlichen Vereinbarung ist ein zusätzlicher Beitrag zu zahlen.
- Die private Pflegepflichtversicherung wird während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

Der Versicherer zahlt ein Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag (vgl. § 1a MB/KT 09) längstens für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes und am Entbindungstag. Sieht der Staat, in dem sich die versicherte Person vorübergehend aufhält oder in dem sie ihren Wohnsitz hat, kürzere Schutzfristen vor, zahlt der Versicherer das Krankentagegeld für die Dauer der in diesem Staat geltenden Schutzfristen. Soweit der versicherte Person ein Anspruch auf angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet.

4.11 Zu § 2 MB/KT 09: Beginn des Versicherungsschutzes

Nach Ablauf eines Jahres - von dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung an gerechnet - wird auch für solche Versicherungsfälle geleistet, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern.
§ 2 Satz 3 MB/KT 09 bleibt unberührt.

4.12 Zu § 3 MB/KT 09: Wartezeiten bei Erhöhung des Versicherungsschutzes

Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten für den höheren Versicherungsschutz angerechnet, jedoch nicht auf die Wartezeit für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

4.13 **Zu § 3 Abs. 3 MB/KT 09: Besondere Wartezeit**

Für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierung beträgt die besondere Wartezeit sechs Monate. Die Wartezeit für Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag beträgt acht Monate (vgl. § 1a Abs. 5 MB/KT 09).

4.16 **Zu § 4 MB/KT 09: Umfang der Leistungspflicht**

Der Versicherungsnehmer ist entsprechend § 4 Abs. 3 MB/KT 09 ebenfalls verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine Verlängerung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber anzuzeigen.

§ 4 Abs. 4 MB/KT 09 findet insofern sinngemäß Anwendung, als der Versicherer bei einer Verlängerung der Dauer der Fortzahlung des Entgeltes durch den Arbeitgeber eine Umstellung auf eine Tarifstufe mit längerer Karenzzeit vornehmen kann.

Tarifbezeichnung im Versicherungsschein

Im Versicherungsschein wird hinter der Tarifbezeichnung **T+** die vereinbarte Tarifstufe 3, 7 usw. vermerkt.

Beispiel: T3+ = Tarif T+, Tarifstufe 3

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Inhaltsübersicht	Seite	Seite
In diesem Druckstück:			
<i>Teil I</i>	Der Versicherungsschutz		
<i>Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 09)</i>	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2	Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB) 11
	§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2	
	§ 3 Wartezeiten	3	
<i>Teil II</i>	§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3	Auszug aus dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) 12
<i>Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13) (Schrägschrift)</i>	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4	
	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5	
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	5	
In gesonderten Druckstücken:			
<i>Teil III</i>	Pflichten des Versicherungsnehmers		
<i>Tarife</i>	§ 8 Beitragszahlung	5	
	§ 8a Beitragsberechnung	6	
	§ 8b Beitragsanpassung	6	
	§ 9 Obliegenheiten	7	
<i>Stand 01.02.2019</i>	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	7	
	§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	7	
<i>Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).</i>	§ 12 Aufrechnung	7	
Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4.	Ende der Versicherung		
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	7	
	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	8	
	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	8	
	Sonstige Bestimmungen		
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	8	
	§ 17 Gerichtsstand	8	
	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	8	
	§ 19 Wechsel in den Standardtarif	8	
	§ 20 Wechsel in den Basistarif	8	
	Anhang		
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	9	
	Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)	10	
	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	11	
	Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	11	

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsreich des Versicherungsschutzes

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

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

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

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

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

2.1 Als Versicherungsfall gelten auch solche ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, soweit im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.2 Als Versicherungsfall gilt auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach Maßgabe des § 218a Abs. 2 und 3 des Strafgesetzbuches (siehe Anhang) durch einen Arzt einschließlich jeweils gesetzlich vorgeschriebener Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Zur Sicherstellung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes der versicherten Person erfolgt die Abrechnung auf deren ausdrücklichen Wunsch hin direkt mit dem Leistungserbringer und ohne Erstellung einer formalen Leistungsabrechnung an den Versicherungsnehmer. Die Leistungen werden grundsätzlich nicht auf einen eventuell vereinbarten Jahresselbstbehalt angerechnet und sind unschädlich für einen eventuellen Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

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

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt

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

4.1 Der Versicherer verzichtet auf die zeitliche Einschränkung, dass Versicherungsschutz nur für längstens zwei weitere Monate besteht (Abs. 4, letzter Halbsatz).

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

5.1 Gleiches gilt, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

6. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204 VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

6.1 Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in eine für den Neuzugang geöffnete Ergänzungsversicherung zu einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung umzustellen, wenn

- die Umstellung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt wird und
- die Ergänzungsversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht beginnt.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, soweit die Leistungen der Ergänzungsversicherung nicht höher oder

umfassender sind als die der Krankheitskosten-Vollversicherung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 09 einzuhalten. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankheitskosten-Vollversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach § 13 (3) MB/KK 09, hat der Versicherungsnehmer zusätzlich das Recht, die Krankheitskosten-Vollversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen, bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes und bei der Erweiterung des Versicherungsschutzes um den Ersatz solcher Aufwendungen, die bisher nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes waren.

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

2.1 Für Neugeborene, die nach Absatz 2 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Geburtsschäden sowie angeborenen Krankheiten und Anomalien.

2.2 Der Versicherer verzichtet auf die Voraussetzung, dass ein Elternteil am Tage der Geburt mindestens drei Monate bei ihm versichert sein muss. Die Voraussetzung, dass ein Elternteil beim Versicherer versichert sein muss, bleibt unberührt.

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

3.1 Auf die Vereinbarung des Risikozuschlages nach Absatz 3 wird verzichtet.

4. Für Neugeborene bzw. Adoptivkinder, die nach den Absätzen 2 bzw. 3 mitversichert werden, kann innerhalb des vom Elternteil versicherten Tarifs jede Selbstbehalt-Variante zu den in § 2 Abs. 2, 2.1 3 und 3.1 genannten Konditionen vereinbart werden.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

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

2.1 Die allgemeine Wartezeit entfällt, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

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

3.1 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen auch dann, wenn bei dem Versicherer eine Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.

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

4.1 Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

2.1 Es können auch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie bei Psychotherapie Ärzte, in eigener Praxis tätige und ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Anspruch genommen werden.

2.2 Es können auch Krankenhausambulanzen zur ambulanten Heilbehandlung in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden.

2.3 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter medizinischen Versorgungszentren und Diagnosezentren sowie sozialpädiatrischen Zentren.

2.4 Gebühren sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Umfang auch über den Gebührenrahmen der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei sozialpädiatrischen Zentren sind auch die mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen erstattungsfähig.

Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

2.5 Heilmittel können auch von staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/Hilfsberufen (z. B. Masseur, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden) erbracht werden, soweit sie ärztlich verordnet wurden.

2.6 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist.

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

3.1 Als Arzneimittel gelten auch medikamentenähnliche Nährmittel, wenn sie im Zusammenhang mit der Behandlung von schweren Erkrankungen verordnet werden oder wenn nur diese Mittel im Rahmen einer Erkrankung als Nahrung eingesetzt werden können.

3.2 Stärkungsmittel und sonstige Nährmittel sowie kosmetische Mittel gelten nicht als Arzneimittel.

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

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser

Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

- Die vollstationäre Behandlung
Sie setzt voraus, dass das Behandlungsziel nur erreicht werden kann, wenn der Patient in vollem zeitlichen und organisatorischen Umfang in das Krankenhaus aufgenommen und dort untergebracht und versorgt wird.

- Die teilstationäre Behandlung
Sie kommt dann in Betracht, wenn auf Grund der Erkrankung eine vollstationäre Unterbringung nicht erforderlich ist, weil die Unterbringung und Versorgung entweder nur tagsüber oder nur während der Nacht notwendig ist (tagesklinische bzw. nachtklinische Behandlung).

- Die vor- und nachstationäre Behandlung
Sie findet ohne Unterkunft und Verpflegung statt und hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

4.3 Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind die nach den Grundsätzen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser berechneten Fallpauschalen, Zuschläge und sonstigen Entgelte. Soweit die Grundsätze der Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die nach der Bundespflegesatzverordnung ermittelten Pflegesätze und Zuschläge.

Sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nach den Grundsätzen der zuvor genannten Regelungen berechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich medizinisch begründeter Nebenkosten und ärztlicher Leistungen, soweit sie ohne besondere Vereinbarung berechnet werden dürfen.

4.4 Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl auch unter Bundeswehrkrankenhäusern und Entbindungsanstalten.

4.5 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen fallen unter den Versicherungsschutz, wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und eine stationäre Durchführung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Eine vorherige Zusage des Versicherers ist nicht erforderlich. Der Versicherer wird in geeigneten Fällen auf eventuelle Kooperationen mit Rehabilitationskliniken hinweisen. Bei Nutzung der entsprechenden Kooperationen zahlt der Versicherer für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, längstens jedoch für drei Wochen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,00 EUR pro Tag.

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

5.1 *Keine vorherige Zusage ist erforderlich*
- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen bzw. Anschlussheilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,
- bei Notfallbehandlung,
- bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,
- sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.

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

7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

9. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) (siehe Anhang) (Organempfänger) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert, trägt dieser nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger (versicherte Person) im vereinbarten tariflichen Umfang, sondern tritt auch für die Absicherung der bei dem Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Die Absicherung des Organspenders wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers (versicherte Person). Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders gilt als Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (versicherte Person) im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG.

Der Versicherer erbringt in diesen Fällen zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger (versicherte Person) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert ist:

- a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme werden die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang erstattet. Ergebnisse bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch den Versicherer erstattet.
- b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten bei dem Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige auf Grund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden erstattet, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.
- c) Weiterhin werden die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG (siehe Anhang) für den Organspender übernommen.
- d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten "Behandlungsort" werden ebenfalls erstattet.
- e) Damit der Organspender auf Grund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten keine Nachteile erleidet, erstattet der Versicherer dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstaussfall. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und seine Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender auf Grund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstaussfall erleidet, werden anstelle des Verdienstaussfalls dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet.
- f) Vom Organempfänger (versicherte Person) vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

Treten Komplikationen im Zusammenhang mit der Organspende auf und besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, besteht nur Anspruch auf die Aufwendungen, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

10. Aus den Überschüssen des Versicherers wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragsenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

- a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
- b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;
- c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

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

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegseignissen nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht worden sind.

Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegseignissen im Sinne des Absatz 1. a).

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.

1b.2 Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, werden bei insgesamt drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen Kosten übernommen, wenn Erfolgsaussichten bestehen.

Auch bei mehreren Suchterkrankungen hat die versicherte Person Anspruch auf nicht mehr als drei Entziehungsmaßnahmen. Werden Entziehungsmaßnahmen von einem anderen Kostenträger vollständig übernommen, werden diese auf die insgesamt drei erstattungsfähigen Entziehungsmaßnahmen angerechnet.

Unabhängig vom versicherten Tarif sind Aufwendungen für Wahlleistungen nicht erstattungsfähig. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

1b.3 Unter den Voraussetzungen der Absätze 1b.1 und 1b.2 werden auch die Kosten für Entziehungsmaßnahmen übernommen, die auf Grund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht) durchgeführt werden.

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

1c.1 Unter der Voraussetzung des Abs. c) besteht auch keine Leistungspflicht für Behandlung durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sowie in eigener Praxis tätige, ins Arztregister eingetragene approbierte Psychotherapeuten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

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

e) gegenstandslos;

f) entfallen; *)

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

* Dieser Passus wurde auf Grund höchstrichterlicher Rechtsprechung gestrichen und ist nun unter § 4 Abs. 6 geregelt.

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

1.1 Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften, auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten:

Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.

Für die Erstattung der Kosten von Rücktransporten aus dem Ausland ist eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Krankentransportes mit vorzulegen.

Die Nachweise sollen spätestens bis zum 31. März des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

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

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

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

4.1 Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

5.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

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

6.1 Ist ein Versichertenalausweis ausgegeben worden, auf Grund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1.1 Bei der Beitragseinstufung (tarifliches Eintrittsalter) wird bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), ein Lebensjahr als voll gerechnet, wenn von ihm mehr als sechs Monate verfließen sind.

Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 25 zu zahlen.

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

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung

nung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

4.1 *Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.*

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

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

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

rückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

6.1 *Mahnkosten werden nur in nachweisbarer Höhe erhoben.*

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

5. *Zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten mit Krankheitskostentariifen zusätzliche Beträge zugeführt und ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet. Nach Vollendung des 80. Lebensjahres werden nicht verbrauchte Beträge zur Beitragsermäßigung eingesetzt. Diese Maßnahmen erfolgen gemäß § 150 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Entsprechendes gilt in der substitutiven Krankenversicherung (private Krankenversicherung, die die gesetzliche Krankenversicherung ersetzt) auch für den nach den §§ 149 und 338 VAG (siehe Anhang) erhobenen gesetzlichen Zuschlag.*

§ 8b Beitragsanpassung

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

1.1 *Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.*

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

2.1 *Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.*

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

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 *Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 bleibt hiervon unberührt.*

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

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

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

5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

6. Eine weitere Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

setzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

1.1 *Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.*

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

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

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

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

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

5.1 *Erhöht der Versicherer auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (§ 8b) eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.*

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

7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten

Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

2.1 *Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung nach Abs. 2 besteht.*

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.1 *Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.*

3.2 *Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.*

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten- oder Vollversicherung bestehen.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

2. Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

Auszug aus dem Gesetz über den
Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer

Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam,

wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

3. Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich

5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilferechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilferechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

§ 195 Versicherungsdauer

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

§ 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn
- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraus-

setzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankheitsversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

2. Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Abs. 1 Nr. 1.

4. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

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

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillimerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Gutschrift zur Altersrückstellung; Direktgutschrift

1. Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

2. Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

3. Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der

Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämienenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämienenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegezeitversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

4. Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 153 Notagentarif

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

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

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

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,

2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauf folgenden Jahre um 2 Prozent, jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,

3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlags dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und

4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

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

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

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

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

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

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

1. Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

2. Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

3. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

4. Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

2. Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

3. Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben

1. Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere ist bei einer lebenden Person, soweit in § 8a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn
 1. die Person
 - a) volljährig und einwilligungsfähig ist,
 - b) nach Absatz 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
 - c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
 2. die Übertragung des Organs oder Gewebes auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Lebens dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
 3. im Fall der Organentnahme ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und
 4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

2. Der Spender ist durch einen Arzt in verständlicher Form aufzuklären über
 1. den Zweck und die Art des Eingriffs,
 2. die Untersuchungen sowie das Recht, über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet zu werden,
 3. die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit,
 4. die ärztliche Schweigepflicht,
 5. die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und die Folgen für den Empfänger sowie sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, sowie über
 6. die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten.

Der Spender ist darüber zu informieren, dass seine Einwilligung Voraussetzung für die Organ- oder Gewebeentnahme ist. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen.

Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Spenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Satz 3 gilt nicht im Fall der beabsichtigten Entnahme von Knochenmark.

3. Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen

Die Entnahme von Knochenmark bei einer minderjährigen Person zum Zwecke der Übertragung ist abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b sowie Nr. 2 mit folgender Maßgabe zulässig:

1. Die Verwendung des Knochenmarks ist für Verwandte ersten Grades oder Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen.
2. Die Übertragung des Knochenmarks auf den vorgesehenen Empfänger ist nach ärztlicher Beurteilung geeignet, bei ihm eine lebensbedrohende Krankheit zu heilen.
3. Ein geeigneter Spender nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 steht im Zeitpunkt der Entnahme des Knochenmarks nicht zur Verfügung.
4. Der gesetzliche Vertreter ist entsprechend § 8 Abs. 2 aufgeklärt worden und hat in die Entnahme und die Verwendung des Knochenmarks eingewilligt. § 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist anzuwenden. Die minderjährige Person ist durch einen Arzt entsprechend § 8 Abs. 2 aufzuklären, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife möglich ist. Lehnt die minderjährige Person die beabsichtigte Entnahme oder Verwendung ab oder bringt sie dies in sonstiger Weise zum Ausdruck, so ist dies zu beachten.
5. Ist die minderjährige Person in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, so ist auch ihre Einwilligung erforderlich.

Soll das Knochenmark der minderjährigen Person für Verwandte ersten Grades verwendet werden, hat der gesetzliche Vertreter dies dem Familiengericht unverzüglich anzuzeigen, um eine Entscheidung nach § 1629 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 1796 des Bürgerlichen Gesetzbuchs herbeizuführen.

Krankentagegeld- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Allgemeine Versicherungsbedingungen	Inhaltsübersicht	Seite
In diesem Druckstück:		
<i>Teil I</i> <i>Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 09)</i>	Der Versicherungsschutz	
<i>Teil II</i> <i>Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KT 13)</i> <i>(Schrägschrift)</i>	§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
In gesonderten Druckstücken:	§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag	2
<i>Teil III</i> <i>Tarife</i>	§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
<i>Stand 01.01.2018</i>	§ 3 Wartezeiten	2
<i>Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).</i>	§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KT 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KT 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4.	§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4
Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/KT 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.	§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	4
	§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	4
	Pflichten des Versicherungsnehmers	
	§ 8 Beitragszahlung	4
	§ 8a Beitragsberechnung	5
	§ 8b Beitragsanpassung	5
	§ 9 Obliegenheiten	5
	§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	5
	§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit	6
	§ 12 Aufrechnung	6
	Ende der Versicherung	
	§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	6
	§ 14 Kündigung durch den Versicherer	6
	§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	6
	Sonstige Bestimmungen	
	§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	7
	§ 17 Gerichtsstand	7
	§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	7
	Anhang	
	Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)	7
	Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	9
	Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)	9

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbe- reich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungs-
schutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krank-
heiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähig-
keit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für
die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentage-
geld in vertraglichem Umfang.

1.1 Für erhöhte Risiken können bei Abschluss
oder Erhöhung der Versicherung Risikozuschläge
und Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch
notwendige Heilbehandlung einer versicherten
Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren
Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehand-
lung; er endet, wenn nach medizinischem Befund
keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbe-
dürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Be-
handlung neu eingetretene und behandelte Krank-
heit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsun-
fähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann
einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der
ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächli-
chen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit
gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfall-
folgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld
nur einmal gezahlt.

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

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

5. Wird der Umstufungsanspruch nach § 204
VVG (siehe Anhang) geltend gemacht, bleiben die
erworbenen Rechte erhalten; die nach den techni-
schen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstel-
lung für das mit dem Alter der versicherten Person
wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird
nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen
angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz
höher oder umfassender ist, kann insoweit ein
Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein
Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind
für den hinzukommenden Teil des Versicherung-
sschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwand-
lungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und
Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwart-
schaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen
ist; mit Ausnahme einer Befristung nach
§ 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwand-
lungsanspruch auch nicht bei befristeten Versiche-
rungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versiche-
rungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge
geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen
Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlos-
sen.

6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf
Deutschland.

7. Bei vorübergehendem Aufenthalt im
europäischen Ausland wird für im Ausland akut
eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Kranken-
tagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer
einer medizinisch notwendigen stationären Heilbe-
handlung in einem öffentlichen Krankenhaus ge-
zahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im
außereuropäischen Ausland können besondere
Vereinbarungen getroffen werden.

7.1 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im
europäischen oder im außereuropäischen Ausland
wird auch ohne besondere Vereinbarung für dort
eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Kranken-
tagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer
einer medizinisch notwendigen stationären Heilbe-
handlung in einem öffentlichen oder privaten Kran-
kenhaus gezahlt.

8. Verlegt eine versicherte Person ihren
gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitglieds-
staat der Europäischen Union oder einen anderen
Vertragsstaat des Abkommens über den Europäi-
schen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut
eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Kranken-
tagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer
einer medizinisch notwendigen stationären Heilbe-
handlung in einem öffentlichen Krankenhaus ge-
zahlt.

8.1 Das Krankentagegeld wird unter den
Voraussetzungen des Abs. 8 auch dann gezahlt,
wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen
Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutter- schutzfristen und am Entbindungstag

1. Versicherungsfall ist auch der Verdienst-
ausfall der weiblichen Versicherten, der während der
Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des
Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag
entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum
nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für
diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen
der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus
den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen
ergeben.

2. Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser
Schutzfristen und am Entbindungstag ein Kranken-
tagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der
Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versich-
erten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf
Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch
Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz,
auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und
Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderwei-
tigen angemessenen Ersatz für den während dieser
Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird
dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld ange-
rechnet. Wenn die versicherte Person während der
gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbin-
dungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von
Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankenta-
gegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

2.1 Hält sich die versicherte Person vorüber-
gehend im europäischen oder außereuropäischen
Ausland auf oder verlegt sie ihren Wohnsitz in einen
anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union,
einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über
den Europäischen Wirtschaftsraum oder die
Schweiz, gilt Folgendes:

- Der Versicherer zahlt ein Krankentagegeld in
vertraglichem Umfang längstens für die Dauer
der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2
des Mutterschutzgesetzes und am Entbin-
dungstag. Sieht der Staat, in dem sich die versich-
erte Person vorübergehend aufhält oder in
dem sie ihren Wohnsitz hat, kürzere Schutzfris-
ten vor, zahlt der Versicherer das Krankentage-
geld für die Dauer der in diesem Staat geltenden
Schutzfristen.

- Soweit der versicherten Person ein Anspruch auf
angemessenen Ersatz für den während dieser
Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird
dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld an-
gerechnet.

3. Das während der Mutterschutzfristen und
am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf
zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem
Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem
Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen
Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verur-
sachten Verdienstaussfall das auf den Kalendertag
umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrüh-
rende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend
für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der
Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor
Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des
Mutterschutzgesetzes.

4. Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen
nach § 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Mutterschutzgesetz-
es und der Tag der Entbindung sind durch den
Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt
etwaige Kosten des Nachweises.

5. Die Wartezeit beträgt acht Monate ab
Versicherungsbeginn.

5.1 Die Auszahlung der Leistung beginnt
frühestens nach Ablauf der Wartezeit von acht
Monaten und nach Ablauf der vereinbarten Karenz-
zeit.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Nach Abschluss des Versicherungsvertrages einge-
tretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von
der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit
vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für
den hinzukommenden Teil des Versicherungsschut-
zes.

1.1 Die Bestimmungen über den Beginn des
Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der
nachträglichen Mitversicherung von Personen und
bei der Erhöhung des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versiche-
rungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

2.1 *Die allgemeine Wartezeit entfällt auch dann, wenn die Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherten zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.*

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

3.1 *Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.*

3.2 *Die besonderen Wartezeiten entfallen auch dann, wenn die Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherten zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt wurde.*

3.3 *Die Wartezeit für Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag beträgt acht Monate (vgl. § 1a Abs. 5).*

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

4.1 *Wird die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt und abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten.*

5. Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

5.1 *Die Vorversicherungszeiten in einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung sowie in einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge werden auch dann auf die Wartezeiten angerechnet, wenn die Krankentagegeldversicherung nicht zusammen mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei dem Versicherten beantragt wurde.*

5.2 *Die Anrechnung der Versicherungs- bzw. Dienstzeit auf die Wartezeiten erfolgt in der Höhe des vereinbarten Krankentagegeldes.*

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

2. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Netto-

einkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

2.1 *Besteht neben der Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherten eine Krankheitskosten-Vollversicherung,*

- *sind bei Arbeitnehmern zusätzlich zum Nettoeinkommen gemäß Absatz 2 die auf den Kalendertag umgerechneten Beiträge zur privaten Krankheitskosten-Vollversicherung, privaten Pflegepflichtversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung absicherbar. Maßgebend für die Berechnung des dem Vertrag zugrunde gelegten Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung;*
- *ist bei selbstständig Gewerbetreibenden der auf den Kalendertag umgerechnete Gewinn abzüglich der Steuern absicherbar. Wenn zu der Höhe der Steuern keine Angabe möglich ist, sind 75 % des Gewinns absicherbar. Der dem Vertrag zugrunde gelegte Gewinn wird aus den Betriebseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung abzüglich der Betriebsausgaben ermittelt;*
- *sind bei Freiberuflern die auf den Kalendertag umgerechneten Betriebs- bzw. Praxiseinnahmen der letzten zwölf Monate vor Antragstellung zu 75 % absicherbar.*

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherten unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

4. Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von zwölf Monaten unter die Höhe des dem Vertrag zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherte, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten zwölf Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherten der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherten bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherten der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherten bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot auf Grund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegeldes und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

5. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

6. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

7. Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

9.1 *Keine vorherige Zusage ist erforderlich*
- *wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern,*
- *bei Notfallbehandlung,*
- *bei Behandlung wegen einer während des Aufenthalts in einer Krankenanstalt nach Absatz 9 akut eingetretenen Erkrankung, die nicht mit dem eigentlichen Behandlungszweck zusammenhängt und stationäre Krankenhausbehandlung erfordert. Dies gilt für die notwendige Behandlungsdauer der akuten Erkrankung,*
- *sofern die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung ist.*

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

11. Aus den Überschüssen des Versicherten wird satzungsgemäß eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelt.

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Ist eine Auszahlung beschlossen worden, dann wird die Beitragsrückerstattung für jede einzelne versicherte Person gezahlt, wenn

- a) für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankentagegeldtarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
- b) die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankentagegeldtarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;
- c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind.

Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

Die Beitragsrückerstattung kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - 1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegsereignissen nur für Arbeitsunfähigkeit auf Grund solcher Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht worden sind. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Absatz 1. a). Für Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird geleistet.
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - 1b.1 Als Entziehungsmaßnahmen nach Abs. 1b gelten auch Maßnahmen zur Entwöhnung.
 - 1b.2 Das vereinbarte Krankentagegeld wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund der ersten drei ambulanten oder stationären Entziehungsmaßnahmen jeweils zu 80 % gezahlt, wenn Erfolg

saussichten bestehen und wenn und soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist. Auch bei mehreren vollständigen Arbeitsunfähigkeiten auf Grund von Suchterkrankungen hat die versicherte Person bei nicht mehr als insgesamt drei Entziehungsmaßnahmen Anspruch auf Krankentagegeld.

1b.3 Unter den Voraussetzungen der Absätze 1b.1 und 1b.2 wird das vereinbarte Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entziehungsmaßnahmen gezahlt, die auf Grund von nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen (z. B. Internetsucht, Spielsucht) durchgeführt werden.

- c) gegenstandslos;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- 1d.1 Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit ausschließlich wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt findet außerhalb der Mutterschutzfristen keine Anwendung. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.
 - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

1f.1 Der Versicherer verzichtet auf die Einschränkung der Leistungspflicht des Abs. 1f.

- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
 - 1g.1 Bei einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers findet die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abs. 1f und 1g keine Anwendung, sofern vollständige Arbeitsunfähigkeit mindestens 14 Tage vor der Kur- und Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme bestand. Zum Ausgleich eines Einkommensausfalls erbrachte Zahlungen eines Rehabilitationsträgers werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

2. Gegenstandslos

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise

erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherten.

1.1 Das Krankentagegeld wird für die nachgewiesene Dauer der Arbeitsunfähigkeit nachträglich - auf Wunsch in Teilbeträgen entsprechend der Vorlage der Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit - gezahlt.

1.2 Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises (vgl. § 1a Abs. 4).

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

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

4. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

4.1 Kosten für Übersetzungen werden nicht von den Leistungen abgezogen. Kosten für Überweisungen der Versicherungsleistungen werden nur dann von den Leistungen abgezogen, wenn sie dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers Überweisungen in das Ausland vornimmt oder besondere Überweisungsformen wählt.

5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am 30. Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b in Verbindung mit f.

1.1 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 14 (1) MB/KT 09, endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst spätestens mit Ablauf des dritten Monats nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die

Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzu zahlen bzw. zurückzuzahlen.

1.1 Bei der Beitragseinstufung gilt als tarifliches Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Erhöhung und dem Jahr der Geburt.

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

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

3.1 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts - unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen.

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

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder auf Grund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

1.1 Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen gemäß Abs. 1 eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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

2.1 Der Versicherer wird von einer Beitragsanpassung absehen, wenn der Tatbestand nach Abs. 2 vorliegt.

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

§ 9 Obliegenheiten

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber

innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstag nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

1.1 Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit des vereinbarten Tarifs anzuzeigen. Aus der ärztlichen Bescheinigung muss die Bezeichnung der Krankheit ersichtlich sein. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

1.2 Der Eintritt der Mutterschutzfristen nach § 1a Abs. 1 ist dem Versicherer innerhalb der ersten Woche nach Ablauf der Karenzzeit des vereinbarten Tarifs anzuzeigen. Aus der ärztlichen Bescheinigung muss der voraussichtliche bzw. tatsächliche Entbindungstermin ersichtlich sein. § 9 Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten sinngemäß auch für den Versicherungsfall nach § 1a Abs. 1.

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

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

4. Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5. Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

6. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

1.1 *Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.*

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

3. Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

3.1 *Kündigt ein Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung einer versicherten Person auf Grund des Eintritts von Versicherungspflicht nach Abs. 3, hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Krankentagegeldversicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.*

4. Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermin-

dert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

1.1 *Der Versicherer verzichtet auf das Kündigungsrecht nach Abs. 1.*

1.2 *Auch bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.5 der Tarife verzichtet der Versicherer auf das Kündigungsrecht nach Abs. 1.*

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

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

4. *Gegenstandslos*

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

a.1 *Bei Wegfall der beruflichen Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses der betroffenen versicherten Person - gegebenenfalls zu neuen Bedingungen oder nach anderen Tarifen - vereinbart werden.*

a.2 *Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Arbeitslosigkeit.*

a.3 *Entfallen die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit wegen Arbeitslosigkeit der versicherten Person und hat sie Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit nach dem Sozialgesetzbuch - Zweites Buch (SGB II) oder Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII) oder besteht lediglich auf Grund einer Sperrfrist wegen Arbeitsaufgabe kein Leistungsanspruch, endet das Versicherungsverhältnis der betroffenen Person grundsätzlich nicht.*

Das vereinbarte Krankentagegeld wird jedoch unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 entsprechend herabgesetzt. Für den Teil, um den sich das Krankentagegeld dadurch vermindert, kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden; in diesem Fall kann bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit die Versicherung ohne Gesundheitsprüfung auf eine Tarifstufe mit der Karenzzeit und ein Krankentagegeld in der Höhe umgestellt werden, wenn sie vor Beendigung der Tätigkeit bedarfsgerecht vereinbart war und soweit sie bedarfsgerecht ist; § 4 Abs. 4 bleibt unberührt. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit ist durch geeignete Dokumente zu belegen.

Das Versicherungsverhältnis endet jedoch, wenn feststeht, dass die betroffene versicherte Person eine neue Tätigkeit nicht mehr aufnehmen will oder auf Grund objektiver Umstände feststeht, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer dazu regelmäßig auf dessen Verlangen entsprechende Nachweise der erfolgten Bemühungen der versicherten Person vorzulegen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der versicherten Person - ggf. auch rückwirkend - zu dem Zeitpunkt, ab dem kein Nachweis mehr erbracht wurde bzw. feststeht, dass die Arbeitssuche ohne Erfolg bleiben wird.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b.1 *Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.*

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe des § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.

c.1 Sofern die beruflichen Voraussetzungen weiter gegeben sind, kann der Versicherungsschutz zu den bisherigen Bedingungen fortgesetzt werden.

- d) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;

- e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

e.1 Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.

- f) *Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit (Buchstabe a), wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Erwerbsminderungsrente bzw. einer Berufsunfähigkeitsrente (Buchstabe b) beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Erwerbsminderungsrente bzw. von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Erwerbsminderungsrente bzw. der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses, gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.*

2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

3. *Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 8 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Ver-*

legung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

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

3. Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

4. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

5. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der

Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam,

wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

1. Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

2. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrages beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrages eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

3. Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

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

§ 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrages und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teiles der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrages im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die

Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Altersrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

2. Im Falle der Kündigung des Vertrages zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Altersrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Abs. 1 Nr. 1.

4. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

1. Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

2. Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

3. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

4. Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

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

2. Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

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

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

Hinweise zum Datenschutz für Interessenten und Kunden

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das für die Datenerhebung verantwortliche Barmenia-Unternehmen und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Je nachdem, ob der von Ihnen angestrebte oder unterhaltene Versicherungsschutz und/oder Kredit von der Barmenia Versicherungen a. G., der Barmenia Krankenversicherung AG, der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zur Verfügung gestellt wird, ist das jeweilige, den konkreten Versicherungsschutz bietende Versicherungsunternehmen die für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle. Die Namen und Kontaktdaten der Barmenia-Unternehmen lauten wie folgt:

Barmenia Versicherungen a. G.
Barmenia Krankenversicherung AG
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den gemeinsamen **Datenschutzbeauftragten** der vorgenannten Unternehmen erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@barmenia.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" ("Code of Conduct") verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter datenschutz.barmenia.de abrufen.

Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser

die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns. Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden 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 einem Unternehmen der Barmenia bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche Zwecke und zur Erfüllung des mit Ihnen zu schließenden bzw. geschlossenen Vertrages ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Soweit zum Vertragsabschluss und dessen Durchführung besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, benötigen wir Ihre Einwilligung. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs sowie Durchführung von IT-Tests
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Barmenia-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Prüfung Ihrer Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft
- zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflich-

ten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir ggf. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen wir Ihnen unter datenschutz.barmenia.de zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vertreiber/Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vertreiber/Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vertreiber/Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten, sofern sie ihm unmittelbar von Ihnen oder einem Dritten mitgeteilt worden sind, an den Sie betreuenden Vertreiber/Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Die Versicherungsunternehmen der Barmenia Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service, zu Abrechnungszwecken oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in einem gemeinsamen Programm für alle Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur

vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Antrag/Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de) entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Finanzbehörden oder Sozialversicherungsträger).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche von uns oder 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 und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrecht

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

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

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

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunftfeiern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Hierzu übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse, ggf. Geburtsdatum) an die Auskunftfeiern. Detaillierte Informationen zu Auskunftfeiern finden Sie unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de).

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG nutzt ggf. bei der Kfz-Schadenbearbeitung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Detaillierte Informationen zu HIS finden Sie unter [datenschutz.barmenia.de](https://www.datenschutz.barmenia.de).

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer und anderen Stellen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten z. B. mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer oder den mitgeteilten behandelnden Ärzten sowie mit Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. erfolgen. Sofern wir bei unseren Anfragen, z. B. an den Vorversicherer, besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) übermitteln und von uns solche besonderen Daten erhoben werden, holen wir im Einzelfall zuvor Ihre Einwilligung ein.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Im Rahmen der Leistungsabrechnung von Krankenversicherungen entscheiden wir aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln. Hierbei berücksichtigen wir beispielsweise die jeweilige Einstufung der abzurechnenden Medikamente bzw. Heilbehandlungen.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Private Krankenergänzungsversicherung
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht vorrangig die eigene Absicherung. Die Absicherung von Kosten für medizinische (Zahn-)Behandlung, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel.
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss einer Privaten Krankenergänzungsversicherung
Begründung der Empfehlung:	Die Versicherung ergänzt die vorhandene Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung.
Entscheidung des Kunden:	Der Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag. Der Abschluss des gewählten Krankenergänzungstarifs erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Krankentagegeldversicherung
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht vorrangig die eigene Absicherung. Die Krankentagegeldversicherung sichert Ihren Lebensstandard, wenn Sie durch eine Krankheit oder einen Unfall arbeitsunfähig werden. Die Absicherung beinhaltet eine Zahlung von Krankentagegeld nach der vereinbarten Karenzzeit für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit.
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss einer Krankentagegeldversicherung
Begründung der Empfehlung:	Die Versicherung ersetzt die Versorgung der Krankenversicherung und dient der Optimierung des Versicherungsschutzes.
Entscheidung des Kunden:	Der Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag.

