

AOK-PRIVAT

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND INFORMATIONEN



Sehhilfen



Zahnersatz



Auslandsreisen



Naturheilverfahren



Tagegeld

AOK-Privat macht Gesundheit bezahlbar

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Privatinitiative ist wichtig, wenn es um die Gesundheit geht. Deshalb haben die AOK Niedersachsen und die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung mit AOK-Privat leistungsstarke Versicherungsprodukte entwickelt, welche die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung optimal ergänzen. Mit AOK-Privat sind Sie nicht nur bestens abgesichert, Sie können auch Ihre finanzielle Eigenbeteiligung reduzieren.



Seit 2004 verbindet beide Unternehmen eine enge und erfolgreiche Kooperation, die es möglich macht, gesetzlichen und privaten Versicherungsschutz aus einer Hand anzubieten. Ihr Vorteil: Für Sie entfällt die lästige Suche nach einem geeigneten Versicherer. Die ALTE OLDENBURGER

Krankenversicherung überzeugt durch ihre Leistungsfähigkeit, Kundenorientierung, Beitragsstabilität und durch exzellente Bewertungen, unter anderem von der unabhängigen Rating-Agentur Assekurata.

Bei AOK-Privat wählen Sie aus verschiedenen Angeboten, die die unterschiedlichen Lebenssituationen und persönlichen Bedürfnisse der Menschen berücksichtigen. Ob jung oder mitten im Leben, ob Single oder mehrköpfige Familie, AOK-Privat bietet den passenden Versicherungsschutz für jeden. Sie entscheiden über den Leistungsumfang – unsere Tarife machen es Ihnen leicht.

Schon mehr als 225.000 AOK-Kunden haben sich bereits für den individuellen und leistungsstarken Versicherungsschutz von AOK-Privat entschieden.

Versicherungsbedingungen

Lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen für die AOK-Privat-Tarife genau durch. Sie sind wirksamer Vertragsbestandteil und Grundlage für die Leistungsgewährung. Risikoträger der AOK-Privat-Tarife ist die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG. Der Versicherungsschein und andere Unterlagen werden durch die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung unterzeichnet.

Als AOK-Privat-Kunde betreut Sie Ihr persönlicher Ansprechpartner in Ihrer AOK vor Ort und das AOK-Privat-Team der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung.

Dr. Jürgen Peter
Vorstandsvorsitzender der

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

Manfred Schnieders
Vorstandsvorsitzender der

ALTE OLDENBURGER
Krankenversicherung AG

Inhaltsübersicht

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	4
Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV	14
Tarif AOK-Privat ambulant basis (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	17
Tarif AOK-Privat dental (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	19
Tarif AOK-Privat ambulant plus (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	21
Tarif AOK-Privat Zahnersatz (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	24
Tarif AOK-Privat Zahnerhalt (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	25
Tarif AOK-Privat tagesgeld (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)	27
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagesgeldversicherung (Teil I Musterbedingungen + Teil II Tarifbedingungen)	28
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagesgeldversicherung (Teil I Musterbedingungen + Teil II Tarifbedingungen)	41
<i>Weitere Informationen</i>	
Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	51
Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall	51

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankenzusatzversicherung
Tarif AOK-Privat ambulant basis

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung für Versicherte der AOK.



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat ambulant basis

- ✓ Aufwendungen für Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen bis zu 75 % je Sehhilfe
- ✓ Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung (Einlagefüllungen in metallischer Ausführung, Zahnkronen, Zahnersatz) bis zu 20 % des Rechnungsbetrages
- ✓ Behandlungen auf Auslandsreisen bis zu 6 Wochen inklusive eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland

Tarif AOK-Privat dental (optional)

Professionelle Zahnreinigung bis zu 50,- € je Kalenderjahr

Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung (Einlagefüllungen in metallischer Ausführung, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen) bis zu 25 % des Rechnungsbetrages

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 5 MB/KK 2009 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Außerdem können sich Leistungsausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Tarif AOK-Privat ambulant basis

- ! Sehhilfen nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien bis zu einem Höchstbetrag von 150,- € je Sehhilfe
- ! Sehhilfen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag von 75,- € je Sehhilfe
- ! Keine Erstattung von implantologischen Leistungen und implantatgetragenem Zahnersatz

Tarif AOK-Privat dental (optional)

- ! Implantate werden zusammen mit den Material- und Laborarbeiten bis zu 650,- € je Implantat ersetzt. Die Leistung ist begrenzt auf insgesamt vier Implantate je Kiefer einschließlich der bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandenen Implantate.
- ! Die Leistungen dürfen in Verbindung mit der Vorleistung der AOK 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monate Versicherungsschutz. Für darüber hinaus gehende Aufenthalte muss eine besondere Vereinbarung getroffen werden.
- ✓ Der Versicherungsschutz gemäß Nr. 1 des Tarifs AOK-Privat ambulant basis besteht bei Auslandsaufenthalten nur bis zu sechs Wochen weltweit.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 1 MB/KK 2009 sowie im Tarif unter Nr. 1.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsabschluss:

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben, insbesondere Risiko- und Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.

Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf dem Antragsformular.

Während der Vertragslaufzeit:

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung haben Sie uns beispielsweise unverzüglich anzuzeigen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 MB/KK 2009.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 MB/KK 2009.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Tod der versicherten Person.
- Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer AOK versichert sind. Mit einem Krankenkassenwechsel endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif AOK-Privat ambulant basis. Fällt der Tarif fort, endet auch die Versicherung nach Tarif AOK-Privat dental.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 2 und § 15 MB/KK 2009.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 13 MB/KK 2009.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankenzusatzversicherung
Tarif AOK-Privat ambulant plus

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung für Versicherte der AOK.



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat ambulant plus

- ✓ Aufwendungen für Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen bis zu 75 % je Sehhilfe
- ✓ Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen einschließlich Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Implantate, Kieferorthopädie bis zu 30 % des Rechnungsbetrages
- ✓ Aufwendungen für Naturheilverfahren bis zu 75 % des Rechnungsbetrages
- ✓ Behandlungen auf Auslandsreisen bis zu 6 Wochen inklusive eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 5 MB/KK 2009 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Außerdem können sich Leistungsausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Sehhilfen nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien bis zu einem Höchstbetrag von 150,- € je Sehhilfe
- ! Sehhilfen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag von 75,- € je Sehhilfe
- ! Die Erstattung für zahnärztliche Leistungen darf in Verbindung mit der Vorleistung der AOK 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
- ! Naturheilverfahren bis zu einem Höchstbetrag von 500,- € je Kalenderjahr

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monate Versicherungsschutz. Für darüber hinaus gehende Aufenthalte muss eine besondere Vereinbarung getroffen werden.
- ✓ Der Versicherungsschutz gemäß Nr. 1 des Tarifs AOK-Privat ambulanz plus besteht bei Auslandsaufenthalten nur bis zu sechs Wochen weltweit.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 1 MB/KK 2009 sowie im Tarif unter Nr. 1.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsabschluss:

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben, insbesondere Risiko- und Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.

Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf dem Antragsformular.

Während der Vertragslaufzeit:

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung haben Sie uns beispielsweise unverzüglich anzuzeigen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 MB/KK 2009.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 MB/KK 2009.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Tod der versicherten Person.
- Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer AOK versichert sind. Mit einem Krankenkassenwechsel endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 2 und § 15 MB/KK 2009.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 13 MB/KK 2009.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankenzusatzversicherung
Tarif AOK-Privat Zahnersatz

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat Zahnersatz

- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz bis zu 80 % (bei kassenärztlicher Regelversorgung zu 100 %) unter Abzug der Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger
- ✓ Professionelle Zahnreinigung bis zu 50,- € im Kalenderjahr

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 5 MB/KK 2009 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Außerdem können sich Leistungsausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Der Erstattungsbetrag ist in den ersten vier Kalenderjahren begrenzt.

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monate Versicherungsschutz. Für darüber hinaus gehende Aufenthalte muss eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 1 MB/KK 2009.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsabschluss:

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben, insbesondere Risiko- und Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.

Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf dem Antragsformular.

Während der Vertragslaufzeit:

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung haben Sie uns beispielsweise unverzüglich anzuzeigen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 MB/KK 2009.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 MB/KK 2009.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Tod der versicherten Person. Wird der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt, endet das Versicherungsverhältnis ebenfalls.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 2 und § 15 MB/KK 2009.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 13 MB/KK 2009.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankenzusatzversicherung
Tarif AOK-Privat Zahnerhalt

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat Zahnerhalt

- ✓ bis zu 90 % der verbleibenden Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie nach Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger
- ✓ Professionelle Zahnreinigung bis zu 50,- € im Kalenderjahr

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 5 MB/KK 2009 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Außerdem können sich Leistungsausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Kieferorthopädie bis zum 18. Lebensjahr. Es gelten tarifliche Erstattungshöchstbeträge.

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monate Versicherungsschutz. Für darüber hinaus gehende Aufenthalte muss eine besondere Vereinbarung getroffen werden.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 1 MB/KK 2009.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsabschluss:

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben, insbesondere Risiko- und Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.

Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf dem Antragsformular.

Während der Vertragslaufzeit:

- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Den Abschluss einer weiteren Krankheitskostenversicherung haben Sie uns beispielsweise unverzüglich anzuzeigen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 MB/KK 2009.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 MB/KK 2009.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Tod der versicherten Person. Wird der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt, endet das Versicherungsverhältnis ebenfalls.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 2 und § 15 MB/KK 2009.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 13 MB/KK 2009.

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

ALTE OLDENBURGER
Private Krankenversicherung

Unternehmen:
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Rechtsform:
Aktiengesellschaft, Deutschland

Produkt:
Krankentagegeldversicherung
Tarif AOK-Privat tagesgeld

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Diese Informationen sind nicht abschließend. Die vollständigen Informationen zum Inhalt Ihrer Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankentagegeldversicherung für Versicherte der AOK. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.



Was ist versichert?

Tarif AOK-Privat tagesgeld

- ✓ Zahlung eines Krankentagegeldes in vereinbarter Höhe und nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen bei vorübergehender krankheitsbedingter völliger Arbeitsunfähigkeit.

Die genauen Tarifbeschreibungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 5 MB/KT 2009 „Einschränkung der Leistungspflicht“.

Außerdem können sich Leistungsausschlüsse im Rahmen der Risiko- und Gesundheitsprüfung ergeben. Auf erforderliche Leistungsausschlüsse wird durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein hingewiesen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Vor Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen besteht seitens des Versicherers keine Leistungspflicht.

Weitere Deckungsbeschränkungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Bundesrepublik Deutschland.
- ✓ Im europäischen Ausland wird unter bestimmten Voraussetzungen das Krankentagegeld für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 1 MB/KT 2009.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Vor Vertragsabschluss:

- Vor Vertragsabschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben, insbesondere Risiko- und Gesundheitsfragen, wahrheitsgemäß beantworten. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.

Detaillierte Informationen zu dieser Thematik entnehmen Sie bitte der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht auf dem Antragsformular.

Während der Vertragslaufzeit:

- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen.
- Auf Verlangen müssen Sie dem Versicherer jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Der Abschluss oder die Erhöhung einer weiteren Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Die weiteren während der Vertragslaufzeit zu erfüllenden Pflichten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 9 MB/KT 2009.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der erste Beitrag ist am Tage des Versicherungsbeginns fällig.
- Wenn Sie den Beitrag nicht oder verspätet zahlen, kann es zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen.
- Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 8 MB/KT 2009.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Den Versicherungsbeginn entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet beispielsweise mit dem Bezug von Altersrente oder dem Eintritt der Berufsunfähigkeit.
- Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer AOK versichert sind. Mit einem Krankenkassenwechsel endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 2 und § 15 MB/KT 2009.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
- Die Kündigungserklärung muss in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erfolgen.

Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter § 13 MB/KT 2009.

Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV

Die folgenden Informationen geben Ihnen einen Überblick über die Grundlagen und Rechte des Versicherungsvertrages. Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf. Sie sind Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Identität des Versicherers

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Ulrich Knemeyer
Vorstand: Manfred Schnieders (Vors.), Dr. Dietrich Vieregge
Registergericht: Amtsgericht Oldenburg HRB 201539
Sitz: Vechta, Rechtsform: Aktiengesellschaft

Telefon: 04441 905-0
Fax: 04441 905-470
E-Mail: info@alte-oldenburger.de
Internet: www.alte-oldenburger.de
Bankverbindung: Landessparkasse zu Oldenburg,
(BIC: SLZODE22),
IBAN: DE49280501000070412440

Ladungsfähige Anschrift/gesetzliche Vertreter

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG,
Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta/
Postfach 1363, 49362 Vechta,
vertreten durch den Vorstand
Manfred Schnieders (Vors.), Dr. Dietrich Vieregge

Hauptgeschäftstätigkeit/Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn
www.bafn.de

Sicherungsfonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen sind den Ihnen mit dieser Information ausgehändigten Unterlagen beigelegt. Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung können Sie den Versicherungsbedingungen u. a. unter den Paragraphen „Umfang der Leistungspflicht“, „Einschränkung der Leistungspflicht“ und „Auszahlung der Versicherungsleistung“ entnehmen. Die Fälligkeit der Leistung richtet sich nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Gemäß § 14 Abs. 1 VVG sind Geldleistungen des Versicherers mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen fällig.

Gesamtpreis

Den von Ihnen zu zahlenden monatlichen Beitrag, zu dem von Ihnen gewünschten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns, entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

Der Beitrag kann vom Antrag abweichen, wenn z. B. Risikozuschläge aufgrund bestehender Vorerkrankungen erhoben werden müssen. Der tatsächlich zu entrichtende Beitrag wird Ihnen dann anhand des Versicherungsscheins mitgeteilt. Die Abweichung gilt als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins in Textform widersprechen.

Der Beitrag kann sich während der Vertragslaufzeit aufgrund von Beitragsanpassungen (siehe Allgemeine Versicherungsbedingungen „Beitragsanpassung“) ändern. Über die Höhe der angepassten Beiträge wird der Versicherungsnehmer rechtzeitig informiert. Er erhält in der Regel bei Beitragserhöhung, wie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“ ausgeführt, ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird. Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge, können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter „Beitragszahlung“ entnehmen.

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag kommt zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt wird.

Eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden sind, besteht nicht.

Beginn des Versicherungsschutzes

Den von Ihnen gewünschten Versicherungsbeginn entnehmen Sie bitte dem Antrag/Versicherungsschein.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, Alte-Oldenburger-Platz 1, 49377 Vechta (oder Postfach 1363, 49362 Vechta). Bei Widerruf per Fax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 04441 905-470, per E-Mail an: info@alte-oldenburger.de.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich errechnet durch die Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrages. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so 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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Informationen zum Versicherungsvertrag bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG gemäß § 1 VVG-InfoV

Vertragslaufzeit

Der Krankenversicherungsvertrag wird pro Person und Tarif für eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigt.

Die Krankentagegeldversicherung wird für die Mindestvertragsdauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen.

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

Beendigung des Vertrages

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestvertragsdauer von bis zu zwei Jahren (siehe unter Punkt „Vertragslaufzeit“), mit einer Frist von drei Monaten ordentlich kündigen. Genauere Informationen zu weiteren Möglichkeiten der Beendigung des Versicherungsverhältnisses und deren Voraussetzungen, auch seitens des Versicherers, erhalten Sie unter dem Kapitel „Ende der Versicherung“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht/Zuständiges Gericht

Die vorvertragliche Beziehung und das Versicherungsverhältnis unterliegen dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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.

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.

Vertragssprache

Sprache der Vertragsbedingungen, der Vorabinformationen sowie der Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Bei Fragen, Problemen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte unter Angabe von Name, Anschrift und Versicherungsnummer über einen der unten aufgeführten Wege an uns.

Falls eine abschließende Bearbeitung nicht innerhalb von fünf Arbeitstagen möglich ist, erhalten Sie einen Zwischenbescheid.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Beschwerdemanagement
Alte-Oldenburger-Platz 1
49377 Vechta
Telefon: 04441 905-0
Fax: 04441 905-470
E-Mail: beschwerde@alte-oldenburger.de

Darüber hinaus haben Sie bei Meinungsverschiedenheiten die Möglichkeit, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann der Privaten Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung,
Postfach 060222,
10052 Berlin,
Tel.: 0800 2550444 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen),
Fax: 030 20458931,
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Die Möglichkeit für Sie als Versicherungsnehmer den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sie haben zusätzlich die Möglichkeit, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) einzuschalten.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn,
Tel.: 0228 4108-0,
Fax: 0228 4108-1550,
E-Mail: poststelle@bafin.de,
Internet: www.bafin.de

Tarif AOK-Privat ambulant basis (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat ambulant basis

(gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene Verträge)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

Leistungen der ALTE OLDENBURGER

1. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

– Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

- a) ärztliche Behandlung,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
- d) Heilmittel

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte sowie medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind, darüber hinaus Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

- e) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung)
- f) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste
- g) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung
- h) provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz **zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 EUR.**

Bitte beachten Sie: Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

– Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolgen verursachten Mehrkosten des Rücktransports der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden. Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif AOK-Privat ambulant basis unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, **werden mit Ausnahme von Nr. 1.1 h) zu 100% ersetzt.**

1.3 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, **werden ersetzt:**

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz **bis zu 10.000 EUR**
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten **bis zu 10.000 EUR.**

1.4 Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland können Sie zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld **von 25 EUR pro Tag** des Krankenhausaufenthaltes wählen.

1.5 Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so erstatten wir die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestellen) bis zur versicherten Person **zu 100%.**

1.6 Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit uns bzw. mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils **10 EUR** erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Nr. 1.1 anfallen.

1.7 Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren **Notrufservice (unter der Telefonnummer +49 4441 905-4441)** zur Beratung und Unterstützung einschalten.

Erforderlich ist dies insbesondere bei Rückführung aus dem Ausland sowie vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 1.1), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen.

1.8 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen privatrechtlichen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall

Tarif AOK-Privat ambulant basis (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

zuerst uns gemeldet, leisten wir abweichend zu Satz 1 und 2 im tariflichen Umfang und werden uns zwecks Kostenerstattung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir werden auf Ihren Antrag auf die Geltendmachung der Kostenerstattung verzichten, soweit Sie nachweisen, dass Ihnen hierdurch ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht.

1.9 Für die in Nr. 1.1 bis 1.6 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009:

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009:

Für Behandlung bei Urlaub im Ausland entfallen die dreimonatige Wartezeit und die achtmonatige Wartezeit für Zahnbehandlung.

2. Sehhilfen

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen¹ für:

– **Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)** nach Vollendung des 14. Lebensjahres jedoch nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 75% ersetzt, höchstens jedoch

- bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 75 EUR,
- ab dem vollendeten 14. Lebensjahr 150 EUR.

3. Zahnärztliche Heilbehandlung: Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen in metallischer Ausführung ohne Verblendung,
- Zahnkronen,
- Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

– zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen³ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 3.1 erstattungsfähig sind.

3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, **werden zu 20% des Rechnungsbetrages ersetzt.**

3.3 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Leistungen des Versicherungsnehmers

4. Monatliche Beitragsraten

4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

4.2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (siehe Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009).

4.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Sonstiges

5. Anpassung des Versicherungsschutzes

5.1 Im Zuge einer Beitragsanpassung (siehe § 8b MB/KK 2009) können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders die im Tarif **AOK-Privat ambulant basis** genannten betraglichen Leistungsgrenzen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Entwicklung des marktüblichen Preisniveaus der jeweiligen Leistungsposition angepasst werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5.2 Der Versicherer kann Aufbaustufen einführen, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungseinschränkungen vorgenommen werden. Hat der Versicherer eine solche Entscheidung getroffen, kann innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung zum Ersten des folgenden Monats – jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der GKV – die neue Aufbaustufe beantragt werden. Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

6. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif **AOK-Privat ambulant basis** sind Personen versicherungsfähig, die bei einer AOK versichert sind. Mit dem Wechsel zu einem anderen Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

Entfällt die Versicherungsfähigkeit, hat der Versicherte gemäß § 204 VVG Anspruch darauf, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER unter Mitnahme der Alterungsrückstellung umzustufen.

1) Die tariflichen Leistungen ergänzen die Leistungen der AOK, werden aber auch dann erbracht, wenn deren Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

2) Das sind die Sätze, die von Zahnärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.

Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

3) Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Tarif AOK-Privat dental (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat dental

– Unselbständige Tarifergänzung für zahnärztliche Heilbehandlung zu Tarif AOK-Privat ambulant basis

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

Leistungen der ALTE OLDENBURGER

1. Zahnprophylaxe: Professionelle Zahnreinigung

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung (PZR).

1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden (höchstens) bis zu 50 EUR je Kalenderjahr ersetzt.

2. Zahnärztliche Heilbehandlung: Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz, implantologische Leistungen

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Einlagefüllungen in metallischer Ausführung
- Zahnkronen
- Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen)
- implantologische Leistungen
- implantatgetragenen Zahnersatz

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist bei implantologischen Leistungen **begrenzt** auf insgesamt vier Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate.

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen² Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 2.1 erstattungsfähig sind.

2.2 Für Versicherungsfälle, die **vor Beginn des Versicherungsschutzes** eingetreten sind, wird gemäß § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 nicht geleistet.

Sofern die prothetische Versorgung fehlender, nicht ersetzter Zähne bei Beginn des Versicherungsschutzes noch nicht oder nicht abschließend erfolgt ist, besteht für die Versorgung dieser Zahnlücken insoweit kein Versicherungsschutz.

2.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden bei

a) Einlagefüllungen in metallischer Ausführung, Zahnkronen, Zahnersatz, Erneuerung und Reparatur von implantatgetragendem Zahnersatz einschließlich der dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien (jedoch ohne implantologische Leistungen und der dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien) **zu 25% des Rechnungsbetrages** ersetzt,

b) implantatgetragendem Zahnersatz in Verbindung mit implantologischen Leistungen einschließlich der dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien **höchstens bis zu 650 EUR je Implantat** ersetzt.

Mit diesem Betrag sind auch alle Begleitleistungen im Zusammenhang mit der Implantation (zum Beispiel Diagnostik, das Einbringen der Implantate, der Knochenaufbau), die Implantate selbst, Implantatteile und Instrumente (zum Beispiel Sekundärteile, Bohrer und Fräsen) sowie der darauf befestigte Zahnersatz einschließlich der provisorischen Versorgung abgegolten.

Die Leistungen dürfen in Verbindung mit den GKV-Pflichtleistungen 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

2.4 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Leistungen des Versicherungsnehmers

3. Monatliche Beitragsraten

3.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem Nachtrag zum Versicherungsschein.

3.2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (siehe Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009).

3.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

1) Das sind Sätze, die von Zahnärzten/Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)/ Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Eine Kurzfassung der GOZ/GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

2) Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Tarif AOK-Privat dental (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Sonstiges

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Zuge einer Beitragsanpassung (siehe § 8b MB/KK 2009) können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders die im Tarif **AOK-Privat dental** genannten betraglichen Leistungsgrenzen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Entwicklung des marktüblichen Preisniveaus der jeweiligen Leistungsposition angepasst werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Versicherungsfähigkeit

Der Tarif **AOK-Privat dental** kann nur zusammen mit dem Tarif **AOK-Privat ambulant basis** abgeschlossen werden. Fällt während der Versicherungsdauer dieser Tarif fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif **AOK-Privat dental**.

Entfällt die Versicherungsfähigkeit, hat der Versicherte gemäß § 204 VVG Anspruch darauf, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER unter Mitnahme der Alterungsrückstellung zu wechseln.

Tarif AOK-Privat ambulant plus (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat ambulant plus

(gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene Verträge)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

Leistungen der ALTE OLDENBURGER

1. Leistungen bei Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

– Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

- ärztliche Behandlung,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
- Heilmittel

Als Heilmittel gelten physikalisch-medizinische Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte sowie medizinische Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind, darüber hinaus Stimm-, Sprech- und Sprachhebungsbehandlung, wenn sie vom Logopäden ausgeführt worden ist.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie zum Beispiel Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

- stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung)
- den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste
- schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung
- provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz **zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 EUR.**

Bitte beachten Sie: Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

– Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolgen verursachten Mehrkosten des Rücktransports der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif AOK-Privat ambulant plus unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, **werden mit Ausnahme von Nr. 1.1 h) zu 100% ersetzt.**

1.3 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, **werden ersetzt:**

- die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz **bis zu 10.000 EUR**
- im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten **bis zu 10.000 EUR.**

1.4 Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland können Sie zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld **von 25 EUR pro Tag** des Krankenhausaufenthaltes wählen.

1.5 Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so erstatten wir die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestellen) bis zur versicherten Person **zu 100%.**

1.6 Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit uns bzw. mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils **10 EUR** erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Nr. 1.1 anfallen.

1.7 Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren **Notrufservice (unter der Telefonnummer +49 4441 905-4441)** zur Beratung und Unterstützung einschalten.

Erforderlich ist dies insbesondere bei Rückführung aus dem Ausland sowie vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 1.1), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen.

1.8 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen

Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen privatrechtlichen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn

Tarif AOK-Privat ambulant plus (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, leisten wir abweichend zu Satz 1 und 2 im tariflichen Umfang und werden uns zwecks Kostenerstattung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir werden auf Ihren Antrag auf die Geltendmachung der Kostenerstattung verzichten, soweit Sie nachweisen, dass Ihnen hierdurch ein wirtschaftlicher Nachteil entsteht.

1.9 Für die in Nr. 1.1 bis 1.6 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009:

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009:

Für Behandlung bei Urlaub im Ausland entfallen die dreimonatige Wartezeit und die achtmonatige Wartezeit für Zahnbehandlung.

2. Sehhilfen

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen¹ für:

– **Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)** nach Vollendung des 14. Lebensjahres jedoch nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 75% ersetzt, höchstens jedoch

- bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 75 EUR,
- ab dem vollendeten 14. Lebensjahr 150 EUR.

3. Zahnärztliche Heilbehandlung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- **Zahnärztliche Leistungen** einschließlich
- Einlagefüllungen,
- Zahnkronen,
- Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen),
- funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
- Kieferorthopädie,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

– Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen³ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 3.1 erstattungsfähig sind.

3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus **Nr. 3.1 ergeben, werden zu 30% des Rechnungsbetrages ersetzt**, zusammen mit der Vorleistung der AOK insgesamt jedoch nicht mehr als 90%.

3.3 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

4. Naturheilverfahren

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Leistungen des Heilpraktikers (es dürfen nur Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden),
- erweiterte naturheilkundliche Leistungen des Arztes (es dürfen nur Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Arzt für Naturheilverfahren“ bzw. „Arzt für Homöopathie“ oder anthroposophische Ärzte in Anspruch genommen werden),

soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt und die Regelhöchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte nicht überschreitet.

– vom Heilpraktiker oder Arzt verordnete Arzneimittel.

4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, **werden zu 75% ersetzt, höchstens jedoch 500 EUR je Kalenderjahr**.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Heilpraktiker oder Arzt in Anspruch genommen wurde, die Arzneimittel bezogen worden sind. Es ist die Urschrift bzw. eine Kopie der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

1) Die tariflichen Leistungen ergänzen die Leistungen der AOK, werden aber auch dann erbracht, wenn deren Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

2) Das sind die Sätze, die von Zahnärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen.

Eine Kurzfassung der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

3) Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

Tarif AOK-Privat ambulant plus (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Leistungen des Versicherungsnehmers

5. Monatliche Beitragsraten

5.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

5.2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (siehe Tarifbedingung zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009).

5.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Sonstiges

6. Anpassung des Versicherungsschutzes

6.1 Im Zuge einer Beitragsanpassung (siehe § 8b MB/KK 2009) können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders die im Tarif **AOK-Privat ambulant plus** genannten betraglichen Leistungsgrenzen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Entwicklung des marktüblichen Preisniveaus der jeweiligen Leistungsposition angepasst werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

6.2 Der Versicherer kann Aufbaustufen einführen, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungseinschränkungen vorgenommen werden. Hat der Versicherer eine solche Entscheidung getroffen, kann innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung zum Ersten des folgenden Monats – jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der GKV – die neue Aufbaustufe beantragt werden. Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

7. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif **AOK-Privat ambulant plus** sind Personen versicherungsfähig, die bei einer AOK versichert sind. Mit dem Wechsel zu einem anderen Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif. Entfällt die Versicherungsfähigkeit, hat der Versicherte gemäß § 204 VVG Anspruch darauf, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER unter Mitnahme der Alterungsrückstellung umzustufen.

Tarif AOK-Privat Zahnersatz (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat Zahnersatz

Ergänzungstarif für Zahnersatz und professionelle Zahnreinigung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif AOK-Privat Zahnersatz sind Personen versicherungsfähig, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung nach Tarif AOK-Privat Zahnersatz endet für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.

Neben dem Tarif AOK-Privat Zahnersatz darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung mit Zahnersatzleistungen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG bestehen oder abgeschlossen werden.

B Leistungen des Versicherers

1. Aufwendungen für Zahnersatz

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für Zahnersatz:

- Einlagefüllungen/Inlays,
- Zahnkronen jeder Art/Veneers/Onlays,
- prothetische Leistungen (z. B. Brücken, Prothesen),
- provisorische und langzeitprovisorische Versorgung,
- Reparaturen von Zahnersatz,
- Aufbissbehelfe und Schienen (z. B. Knirscherschienen),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- implantologische Leistungen (inkl. knochenaufbauender, augmentativer Maßnahmen)

einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z. B. Anästhesieleistungen/Röntgendiagnostik) soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet sind.

1.2 Erstattungshöhe

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 1.1 ergeben, werden zu **80%** ersetzt; bei Inanspruchnahme der kassenärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) erhöht sich die Erstattung auf **100%**.

Von der tariflichen Leistung wird die Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger abgezogen.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde), gelten pauschal **40%** der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt.

1.3 Erstattungsbegrenzung in den ersten vier Kalenderjahren

Der Erstattungsbetrag ist in den ersten vier Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person wie folgt begrenzt:

- Im ersten Kalenderjahr auf 800,- EUR;
- in den ersten zwei Kalenderjahren insgesamt auf 1.200,- EUR;
- in den ersten drei Kalenderjahren insgesamt auf 1.600,- EUR;
- in den ersten vier Kalenderjahren insgesamt auf 3.200,- EUR.

Die Aufwendungen werden stets dem Kalenderjahr der Behandlung zugeordnet.

Ab dem 5. Kalenderjahr gilt die volle tarifliche Leistung ohne Summenbegrenzung.

Bei Aufwendungen infolge eines Unfalls entfallen die Höchstgrenzen dieser Staffel, sofern der Unfall nach Abschluss des Vertrags eingetreten ist.

2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen werden kalenderjährlich bis zu **50,- EUR** erstattet.

3. Erstattungsvoraussetzungen

Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV und/oder anderen Kostenträgern ist in vollem Umfang vorab in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

Bei Vorleistung der GKV ist jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit Erstattungsvermerk der Krankenkasse vorzulegen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

Wir empfehlen, vor Beginn der eigentlichen Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

C Anpassung des Versicherungsschutzes

Änderungen der Zahnersatzversorgung der GKV gelten als Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Zahnersatzleistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif AOK-Privat Zahnersatz auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Tarif AOK-Privat Zahnerhalt (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat Zahnerhalt

Ergänzungstarif für zahnärztliche Leistungen, Kieferorthopädie und professionelle Zahnreinigung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif (Teil III) sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

A Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif AOK-Privat Zahnerhalt sind Personen versicherungsfähig, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung nach Tarif AOK-Privat Zahnerhalt endet für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.

B Leistungen des Versicherers

1. Aufwendungen für Zahnbehandlung

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für Zahnbehandlung:

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- Prophylaktische Leistungen,
 - Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
 - Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
 - lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel,
- Füllungen mit plastischem Füllmaterial sowie mit Kompositmaterialien (Kunststoff-Füllungen),
- Fissurenversiegelungen,
- Endodontische Behandlungen/Wurzelbehandlungen,
- Chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums/Parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime)

einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z. B. Anästhesieleistungen/Röntgendiagnostik) soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Nicht als Zahnbehandlung gelten alle Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen (Einlagefüllungen/Inlays, Zahnkronen jeder Art/Veneers/Onlays, prothetische Leistungen,

provisorische und langzeitprovisorische Versorgung, Reparaturen von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen (inkl. knochenaufbauender, augmentativer Maßnahmen)) durchgeführt werden.

1.2 Erstattungshöhe

Die nach Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger **verbleibenden** erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 1.1 ergeben, werden zu **90%** ersetzt.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.

2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Aufwendungen für professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen werden kalenderjährlich bis zu **50,- EUR** erstattet.

Bestehen Erstattungsansprüche für professionelle Zahnreinigung aus weiteren Tarifen bei der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG, treten diese in Vorleistung.

3. Aufwendungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Aufwendungen für:

- kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,
- kieferorthopädische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Rahmen der ortsüblichen Preise berechnet sind.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Kosmetische Verlangensleistungen inkl. der hierdurch veranlassten Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

3.2 Erstattungshöhe

Die Erstattung ist vom Leistungsanspruch gegenüber der GKV abhängig und für die gesamte Vertragsdauer entweder ausschließlich gemäß 3.2.1 oder ausschließlich gemäß 3.2.2 möglich.

3.2.1 Kieferorthopädische Behandlung **ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV (KIG* 1–2)**

Sofern die GKV für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich keine Leistungen vorsieht, da die Zahn-/Kieferfehlstellung einer Einstufung in KIG* 1 oder 2 entspricht, werden die nach Vorleistung anderer Kostenträger **verbleibenden** medizinisch notwendigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 3.1 ergeben, zu **90%** ersetzt.

Die Erstattung ist für die gesamte Vertragsdauer je versicherte Person auf eine Höhe von **insgesamt 2.500,- EUR** begrenzt.

Tarif AOK-Privat Zahnerhalt (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

3.2.2 Kieferorthopädische Behandlung **mit** Leistungsanspruch gegenüber der GKV (KIG* 3–5)

Sofern die GKV für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich Leistungen vorsieht, da die Zahn-/Kieferfehlstellung einer Einstufung in KIG* 3–5 entspricht, werden die nach Vorleistung der GKV und/oder anderer Kostenträger **verbleibenden** medizinisch notwendigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus 3.1 ergeben, zu **90%** ersetzt.

Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, gilt dieser gleichfalls als Vorleistung der GKV.

Die Erstattung ist für die gesamte Vertragsdauer je versicherte Person auf eine Höhe von **insgesamt 1.000,- EUR** begrenzt.

Nicht erstattet wird der Eigenanteil, der dadurch entsteht, dass die versicherte Person eine zu Lasten der GKV durchgeführte kieferorthopädische Maßnahme nicht beendet.

4. Erstattungsvoraussetzungen

Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV und/oder anderen Kostenträgern ist in vollem Umfang vorab in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

Bei Vorleistung der GKV ist jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit Erstattungsvermerk der Krankenkasse vorzulegen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

Wir empfehlen, vor Beginn der eigentlichen Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

C Anpassung des Versicherungsschutzes

Änderungen der Zahnbehandlungs- oder Kieferorthopädieversorgung der GKV gelten als Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens im Sinne von § 18 MB/KK 2009 mit der Folge, dass die Auswirkungen auf die Leistungen und Beiträge dieses Tarifs überprüft und jeweils mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden können. Dabei spiegelt das Ausmaß einer gegebenenfalls notwendigen Beitragsänderung ausschließlich den Umfang der aktuellen Änderung der erstattungsfähigen Leistungen wider.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung in Tarif AOK-Privat Zahnerhalt auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

* Kieferorthopädische Indikationsgruppen – Befundbezogenes Einteilungsschema der GKV zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

Tarif AOK-Privat tagesgeld (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

Tarif AOK-Privat tagesgeld

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Musterbedingungen 2009 – MB/KT 2009 – des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (Teil I) und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG (Teil II).

1. Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit (Leistungen der ALTE OLDENBURGER)

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach Ablauf von 42 leistungsfreien Tagen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Das tarifliche Krankentagegeld wird ohne zeitliche Höchstgrenze bis zum Ende vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

Das Krankentagegeld beträgt mindestens 5 EUR und kann mehrfach versichert werden, jedoch darf das durchschnittliche Nettoeinkommen nicht überschritten werden.

2. Erweiterte Karenzzeiten

Entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber ist die Vereinbarung von weiteren Karenzzeiten möglich. Hierbei wird bei gleichbleibenden Beiträgen im Tarif **AOK-Privat tagesgeld** ein entsprechend höherer Tagessatz gezahlt.

Die Tagessätze sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden auf Anfrage mitgeteilt.

3. Anpassung des Krankentagegeldes bei Erhöhung des Nettogehalts

Für Gehaltsempfänger in einem festen Arbeitsverhältnis wird bei einer Erhöhung des Nettogehalts auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagesgeld im Rahmen des Tarifs **AOK-Privat tagesgeld** entsprechend angepasst. Für die Anpassung entfallen erneute Wartezeiten und eine erneute Risikoprüfung, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von zwei Monaten nach der Gehaltserhöhung gestellt wird und die prozentuale Krankentagegeld-erhöhung dem prozentualen Anstieg des Nettogehalts entspricht.

Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Gehaltserhöhung gilt. Laufende Versicherungsfälle werden durch die Anpassung nicht betroffen. Der Zeitpunkt der Erhöhung und die Veränderung des Gehalts sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

4. Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung

Es besteht ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt auch für Frauen, die keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz erhalten.

5. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif **AOK-Privat tagesgeld** sind Personen versicherungsfähig, die bei einer AOK versichert sind. Mit dem Wechsel zu einem anderen Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif.

Entfällt die Versicherungsfähigkeit, hat der Versicherte gemäß § 204 VVG Anspruch darauf, in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz bei der ALTE OLDENBURGER unter Mitnahme der Alterungsrückstellung umzustufen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2009

Als Versicherungsfall gilt auch die Versorgung in einem stationären Hospiz, sofern der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

(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.

zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009

Außereuropäischer Auslandsaufenthalt

Bei einem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei einem längeren Aufenthalt verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsschutz gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags fortzuführen, sofern dies spätestens drei Monate nach Beginn des Auslandsaufenthalts außerhalb von Europa beantragt wird.

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

zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009

Auf Antrag des Versicherungsnehmers entfällt die Begrenzung nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 gegen Zahlung eines vom Versicherer festgelegten Beitragszuschlags. Dieser Antrag muss innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes oder Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gestellt werden.

Auf Verlangen des Versicherungsnehmers kann die Versicherung auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009

Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigt.

(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.

zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009

Neugeborene

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeiten gemäß § 2 Abs. 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

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

zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2009

Zahnbehandlung

Bei Zahnbehandlung wird auf die Einhaltung der besonderen Wartezeit verzichtet. Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Verzicht auf besondere Wartezeiten

Die besondere Wartezeit entfällt für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009

Erlaubnis der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können – mit Ausnahme der Wartezeit für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen – erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

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

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

(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.

zu § 4 Abs. 1 MB/KK 2009

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt. Maßgebend für die Zuordnung von Aufwendungen ist das Kalenderjahr, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

zu § 4 Abs. 1 – 3 MB/KK 2009

Nichterstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder dienstliche Zwecke sowie Aufwendungen für Pflegepersonal und Desinfektionen.

zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOZ für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden. Gleiches gilt für Ärzte, die in Krankenhausambulanzen tätig sind.

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 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.

zu § 4 Abs. 1 – 5 MB/KK 2009

Betragsmäßige Festlegungen

a) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, so ermäßigt sich der Betrag um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Behandelnde in Anspruch genommen wurde bzw. die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

b) Bei einem Wechsel in einen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz gelten für die vor dem Tarifwechsel und während der neuen Wartezeiten anfallenden Aufwendungen die betragsmäßigen Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatz) des bisherigen Tarifs.

c) Wird der Tarifwechsel nicht zum 1. Januar eines Jahres wirksam, so gilt für das Umwandlungsjahr insgesamt höchstens ein Selbstbehalt bzw. Leistungshöchstsatz, der sich anteilig aus dem vor und nach dem Zeitpunkt der Umwandlung vereinbarten Betrag zusammensetzt.

zu § 4 Abs. 5 MB/KK 2009

Die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) handelte, die innerhalb von 8 Tagen nach der stationären Akutbehandlung angetreten wurde;
- b) es sich um eine Notfallereinweisung handelte;
- c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(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 2000 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

zu § 5 Abs. 1 a) MB/KK 2009

Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles keine Kriegsereignisse mehr im Aufenthaltsland stattfinden, gewährt der Versicherer unter der Bedingung, dass für das Aufenthaltsland keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt besteht, Versicherungsschutz für Krankheiten und Unfälle, die mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht werden.

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

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

zu § 5 Abs. 1 b) MB/KK 2009

Sofern die versicherte Person keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, wird für eine Entziehungsmaßnahme ein Kostenzuschuss von einmalig 80% der Allgemeinen Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Aus einer Krankenhaustagegeldversicherung wird nicht geleistet.

Für Tarife, die geschlechtsunabhängig kalkuliert sind, gilt Satz 1 für maximal drei stationäre oder ambulante Entziehungsmaßnahmen (mit Ausnahme der Nikotinsucht) während der gesamten Vertragslaufzeit. Die Kosten für ambulante Entziehungsmaßnahmen werden ebenfalls zu 80% anerkannt.

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

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

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

zu § 5 Abs. 1 e) MB/KK 2009

Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

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

f) - - -

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009

Leistungsunterlagen

a) Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden und unter anderem enthalten: Name der behandelten Person, Krankenhauspflegeklasse, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Nummern der Gebührenordnung sowie das jeweilige Behandlungsdatum.

b) Wenn nur ein Krankenhaustagegeld gezahlt wird, genügt als Nachweis eine Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

(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.

zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009

Devisenkurs

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, 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.

zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2009

Überweisungs- und Übersetzungskosten

Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden. Die Kosten für Übersetzungen fremdsprachiger Urkunden, die dem Nachweis der Voraussetzung der Entschädigungspflicht dienen, trägt das Versicherungsunternehmen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

zu § 6 Abs. 6 MB/KK 2009

Ansprüche aus Versicherungsleistungen

Ist ein Krankenhausausweis (ALTE OLDENBURGER Klinik-Card) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

zu § 8 Abs. 1 MB/KK 2009

Beitragsrate

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

b) Mitversicherte Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Kinder. Mitversicherte Jugendliche zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für Jugendliche. Von dem auf Vollendung des 14. bzw. 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres an ist der Beitrag für Jugendliche bzw. Erwachsene 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 anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

zu § 8 Abs. 4 MB/KK 2009

Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen.

Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

(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 vom Hundert 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 Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

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

(7) Bei anderen als den in Absatz 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 Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

zu § 8a Abs. 2 MB/KK 2009

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen zusätzliche Beträge zugeschrieben. Die Berechnung der Beträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Dieser Teil der Alterungsrückstellung wird spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten für Beitragsermäßigungen entsprechend der Festlegung in den Technischen Berechnungsgrundlagen verwendet.

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

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 Betragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

zu § 8b Abs. 1 MB/KK 2009

Für geschlechtsabhängig erhobene Beiträge:

Der zumindest jährlich für jeden Tarif durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, männliche Erwachsene/Auszubildende, weibliche Erwachsene/Auszubildende) des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt.

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10. Ergibt die Gegenüberstellung bei einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als diesem Vomhundertsatz, so werden die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung von mehr als 5 vom Hundert können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit des Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Für geschlechtsunabhängig erhobene Beiträge:

Der zumindest jährlich für jeden Tarif durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene/Auszubildende) des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt.

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5. Ergibt die Gegenüberstellung bei einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als diesem Vomhundertsatz, so werden die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Satz 4 und 5 des § 8b Abs. 1 MB/KK 2009 gelten entsprechend.

(2) (entfallen)

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

§ 9 Obliegenheiten

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

zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009

Auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 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 Fest-

stellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

(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.

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.

zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2009

Versicherungsjahr

a) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

b) Werden nachträglich weitere Tarife abgeschlossen, so endet deren 1. Versicherungsjahr mit dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages. Die folgenden Versicherungsjahre werden dem des bereits bestehenden Versicherungsvertrages angepasst.

c) Entsprechendes gilt für alle sonstigen Vertragsänderungen einschließlich der nachträglichen Mitversicherung von Personen sowie für Beitragsanpassungen gemäß § 8b MB/KK 2009.

zu § 13 Abs. 1 MB/KK 2009

Vertragsdauer

Vergleiche dazu § 2 Teil II MB/KK 2009.

(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.

zu § 13 Abs. 3 MB/KK 2009

Anwartschaftsversicherungen

Bei Eintritt der in § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen für eine Kündigung sowie im Falle eines Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende Versicherung zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen das vorübergehende Ruhen von Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anwartschaftsversicherung Tarif AV beantragen.

Zusatzversicherungen

Bei Kündigung nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 verpflichtet sich der Versicherer zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten, soweit Zusatzversicherung und gesetzlicher Versicherungsschutz zusammen den bisherigen Leistungsumfang nicht übersteigen. Die Zusatzversicherung muss dabei in unmittelbarem Anschluss an die gekündigten Tarife beginnen und der Antrag zugleich mit der Kündigung gestellt werden.

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

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb 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.

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Absätzen 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

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

zu § 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK 2009

Wurde für eine versicherte Person, deren Versicherungsverhältnis über eine Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009 begonnen hat, nach dem 31.12.2008 eine Umwandlung der Versicherung in einen Versicherungsschutz vorgenommen, der den Aufbau eines Übertragungswertes gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) vorsieht, so gilt § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 mit der Maßgabe, dass die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dieser Umwandlung aufgebauten Übertragungswertes auf den neuen Versicherer zu übertragen ist.

(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 Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009

Bei einer Krankheitskostenteilversicherung verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

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

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

Anhang zu MB/KK 2009

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.

...

§ 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 Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

...

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

(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 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 EUR. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

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

...

§ 195 Versicherungsdauer

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

...

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

...

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 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.

§ 152 Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 EUR zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 EUR. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

...

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009 inklusive Tarifbedingungen

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwundererstattung 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 Notlagentarif 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 Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (bis 31.12.2008 geltende Fassung)

...

(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,

...

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

Teil I: Musterbedingungen (MB/KT 2009)

Teil II: Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaufschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(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 Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

zu § 1 Abs. 2 MB/KT 2009

Wiederholte AU innerhalb von sechs Monaten

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit (leistungsfreie Tage, siehe Tarif) angerechnet.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen 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 Erwerbstätigkeit 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 Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Arbeitsunfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit

ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. 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.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaufschlag der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 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 Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten 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 anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaufschlag zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(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 verursachten Verdienstaufschlag das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

zu § 1a MB/KT 2009

Die tariflich vereinbarten Karenzzeiten (leistungsfreie Tage) gelten für den Versicherungsfall nach § 1a MB/KT 2009 entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

zu § 2 MB/KT 2009

Versicherungsjahr

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die folgenden Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Änderungen des Versicherungsschutzes.

Beim Bestehen einer Krankheitskostenversicherung endet das erste Versicherungsjahr der Krankentagegeldversicherung mit dem laufenden Versicherungsjahr der Krankheitskostenversicherung. Bei nachträglichem Abschluss einer Krankheitskostenversicherung endet das laufende Versicherungsjahr der Krankentagegeldversicherung mit dem in dem Versicherungsschein der Krankheitskostenversicherung bezeichneten Zeitpunkt.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

zu § 3 Abs. 4 MB/KT 2009

Wartezeiterlass

Die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Abschluss mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird.

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

(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.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

zu § 4 Abs. 1 MB/KT 2009

Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(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 Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

zu § 4 Abs. 2 MB/KT 2009

Versicherbares Krankentagegeld

Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei **Selbstständigen:**

75% des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb. Zusätzlich können Beiträge zur Krankheitskostenvollversicherung und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. für private Altersvorsorgeverträge/berufsständische Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage: max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung) mitversichert werden, jedoch insgesamt nicht mehr als 100% des Bruttoeinkommens.

Arbeitnehmern:

1/12 des jährlichen Nettoeinkommens zuzüglich der Beiträge für die Krankheitskostenvoll- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bzw. gleichzusetzende berufsständische Versorgungswerke (Bemessungsgrundlage sind 80% des Arbeitsentgeltes, max. 80% der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung).

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer 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 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds 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.

zu § 4 Abs. 3 und 4 MB/KT 2009

Meldepflicht bei zeitlicher Verlängerung des Gehaltsanspruchs

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, bei einer nicht nur vorübergehenden zeitlichen Verlängerung des Gehaltsanspruchs bei Arbeitsunfähigkeit, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss festgelegte Karenzzeit (leistungsfreie Tage, siehe Tarif) hinaus gezahlt wird, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats nach Kenntnis auf eine Tarifform mit entsprechend längerer Karenzzeit umstellen. Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Umstellung bei zeitlicher Verkürzung des Gehaltsanspruchs

Verringert sich der Anspruch auf Gehaltsfortzahlung aufgrund einer tarifvertraglichen Regelung bzw. aufgrund des Wechsels des Arbeitgebers, so kann der Versicherungsnehmer die Karenzzeit ohne Erschwernisse innerhalb von zwei Monaten nach Änderungsdatum rückwirkend umstellen lassen. Laufende Versicherungsfälle sind von dieser Regelung ausgenommen.

(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 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (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 Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer 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.

(10) 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, 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 Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 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;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

zu § 5 Abs. 1 c) MB/KT 2009

Fortfall von Leistungseinschränkungen

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe c) entfällt.

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutter-schutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbständig 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;

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

zu § 5 Abs. 1 g) MB/KT 2009

Für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gilt Folgendes:

Nach einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Leistungen auch bei notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erbracht, wenn die Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Versicherer schriftlich aufgrund eines ärztlichen Attestes anerkannt worden ist. Der Versicherer kann das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (z. B. Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

zu § 6 Abs. 4 MB/KT 2009

Überweisungskosten

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

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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 dreißigsten Tage 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).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

zu § 8 Abs. 1 MB/KT 2009

Beitragsrate

Bei Versicherungsbeginn werden die Beiträge nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem der Versicherungsvertrag beginnt, errechnet. Es können besondere Risikozuschläge vereinbart werden.

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

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

zu § 8 Abs. 3 MB/KT 2009

Erstbeitrag

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen. Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 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 Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

zu § 8 Abs. 6 MB/KT 2009

Ruhen der Rechte und Pflichten

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum bis zu sechs Monaten, für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend infolge Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes kraft Gesetzes Anspruch auf Familienhilfe erlangt wird, eine versicherte Person vorübergehend in eine studentische Pflichtversicherung eintreten muss oder infolge vorübergehenden Wehr-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung der Wehrpflicht kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

(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 Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

zu § 8a Abs. 2 MB/KT 2009

Beitragsberechnung

Für eine nachträgliche Höherstufung werden die Beiträge nach dem Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalendrierjahr, in dem die Höherstufung beginnt, errechnet.

(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 aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

zu § 8b Abs. 1 MB/KT 2009

Für geschlechtsabhängig erhobene Beiträge:

Der zumindest jährlich für jeden Tarif durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für jede Beobachtungseinheit (männliche Erwachsene, weibliche Erwachsene) des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt.

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 10. Ergibt die Gegenüberstellung bei einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als diesem Vomhundertsatz, so werden die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung von mehr als 5 vom Hundert können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit des Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Für geschlechtsunabhängig erhobene Beiträge:

Der zumindest jährlich für jeden Tarif durchzuführende Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen wird für jede Beobachtungseinheit (Erwachsene) des Tarifs gemäß dem in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Verfahren durchgeführt.

Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5. Ergibt die Gegenüberstellung bei einer Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als diesem Vomhundertsatz, so werden die Tarifbeiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. 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 Zugangstage 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.

zu § 9 Abs. 1 MB/KT 2009

Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit (leistungsfreie Tage, siehe Tarif) durch die Vorlage eines ärztlichen Attestes anzuzeigen.

Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit muss auf einem vom Versicherer zur Verfügung gestellten, vom Behandelnden auszufüllenden Vordruck wöchentlich nachgewiesen werden.

Das ärztliche Attest muss die Krankheitsbezeichnung und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit enthalten.

(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 und rechtskräftig festgestellt ist.

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.

(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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

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 Schlusse 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.

zu § 14 Abs. 1 MB/KT 2009

Der Versicherer verzichtet auf das ihm zustehende Kündigungsrecht nach § 14 Abs. 1 MB/KT 2009, solange für die versicherte Person eine substitutive Krankenversicherung beim Versicherer besteht.

(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) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 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;

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 vom

Hundert 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;

zu § 15 Abs. 1 a) und b) MB/KT 2009

Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs 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 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 Weiterversicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

zu § 15 Abs. 1 b) MB/KT 2009

Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Besteht bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person spätestens nach 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 von § 196 WG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;

zu § 15 Abs. 1 c) MB/KT 2009

Beendigung des Versicherungsverhältnisses mit Vollendung des 65. Lebensjahres und Fortführung der Versicherung

Die Versicherung endet spätestens zum Ende des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. Die Versicherung kann fortgeführt werden, sofern noch keine Altersrente bezogen wird und ein Arbeitsverhältnis besteht oder die Selbstständigkeit weiterhin ununterbrochen ausgeübt wird.

d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

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 Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

Anhang zu MB/KT 2009

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 Abschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

...

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

...

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009 inklusive Tarifbedingungen

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 Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags 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.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Hilfe.

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

INFORMATIONEN FÜR DEN LEISTUNGSFALL

Wann kann ich Versicherungsleistungen erhalten?

Die Voraussetzungen für den Erhalt von Versicherungsleistungen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften geregelt.

Wartezeiten

Bei AOK-Privat gibt es – wie bei anderen Zusatzversicherungen auch – allgemeine und besondere Wartezeiten. Leistungen können erst drei Monate (bzw. acht Monate bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Psychotherapie und Entbindung) nach Beginn der Versicherung in Anspruch genommen werden. Bei Unfällen und bei der Auslandsreisekrankenversicherung gibt es keine Wartezeiten.

Wo kann ich die Rechnungsunterlagen einreichen?

Reichen Sie die Rechnungen über die verauslagten Kosten bei Ihrem persönlichen Ansprechpartner Ihrer AOK ein. Dieser übernimmt die Weiterleitung an die ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung für Sie. Sie können Ihre Unterlagen auch direkt an das AOK-Privat-Team der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung senden:

AOK-Privat-Team
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1 · 49377 Vechta

Oder schnell und einfach per App. Sie finden die App für iOS- und Android-Geräte unter dem Suchwort „Meine AO“ in den Stores von Apple und Google.

www.aok-privat.de

Bei Auslandsreisen steht Ihnen der **24-Stunden-Notruf-Service** der ALTE OLDENBURGER unter **+49 4441 905-4441** zur Verfügung.



Servicezentrum

AOKa0123

Tarife der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Alte-Oldenburger-Platz 1 · 49377 Vechta · www.alte-oldenburger.de
Registergericht: Oldenburg HRB 201539
Vorstand: Manfred Schnieders (Vorsitzender), Dr. Dietrich Vieregge
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Ulrich Knemeyer