

ZUSATZVERSICHERUNG FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG NACH VORLEISTUNG DURCH DIE GKV

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 bis 20, Teil II Tarifbedingungen der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (TB) Nummer 1 bis 40.

Tarif

Die Tarifbezeichnung SG wird ergänzt durch die Tarifstufe, welche die versicherte Pflegeklasse bezeichnet (vgl. A).

A. Leistungen des Versicherers

Tarifstufe SG1

Nach Abzug der von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Vorleistung:

100 % der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhaus-Wahlleistungen (Ein- und Zweisbettzimmer mit wahlärztlichen Leistungen) sowie für Transporte zum und vom Krankenhaus (vgl. insgesamt Nr. 17 TB).

Entfällt die Vorleistung, sind ausschließlich die Aufwendungen für Wahlleistungen erstattungsfähig.

Hat der Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Tarifstufe SG2

100 % der Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweisbettzimmer mit wahlärztlichen Leistungen, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte.

Bei Unterkunft im Einbettzimmer werden die Aufwendungen erstattet, die bei einem Aufenthalt im Zweisbettzimmer entstanden wären.

Ersatz-Krankenhaustagegeld

je Tag der Krankenhausbehandlung (vgl. dazu aber Nr. 18 TB):

	Ersatz-Krankenhaustagegeld	
	SG1	SG2
bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen	21,00 EUR	16,00 EUR
bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft	16,00 EUR	--

Für Kinder (s. unter B. Beiträge) ermäßigt sich das Ersatz-Krankenhaustagegeld jeweils auf die Hälfte mit Wiederanhebung auf die vorstehenden Sätze bei Elternbegleitung (nach Nr. 18 TB).

In den Versicherungsschutz eingeslossen sind die vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a Sozialgesetzbuch V) sowie die stationäre Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, gegebenenfalls bei Mitversicherung gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 die zusätzlichen Aufwendungen ohne Ersatz-Krankenhaustagegeld für die Unterbringung des gesunden Säuglings, ferner Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation im Rahmen von Nr. 1 Ziffer 1 TB.

B. Beiträge

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. Nr. 27 TB). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. Nr. 28 TB).

C. Beitragsanpassung

Die Bestimmungen des § 8 b MB/KK 2009 gelten entsprechend, soweit sich die Leistungen des Versicherers dadurch ändern, dass der Vorleistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung sich durch Gesetzesänderung verändert.

D. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Mitglieder der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und ihre mitversicherten Familienangehörigen. Ein Wegfall dieser Voraussetzung für alle oder einzelne versicherte Personen ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen; nach dem Wegfall kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis auf einen gleichwertigen Tarif mit nicht beschränkter Versicherungsfähigkeit umstellen.

E. Sonstige Bestimmungen

In Krankenhäusern, die nicht entsprechend Nr. 17 TB abrechnen, gilt als Ein- bzw. Zweisbettzimmer die 1. bzw. 2. Pflegeklasse.

TEIL I: MUSTERBEDINGUNGEN 2009 (MB/KK 2009) §§ 1 bis 20

TEIL II: TARIFBEDINGUNGEN DER GENERALI DEUTSCHLAND KRANKENVERSICHERUNG AG (TB) Nrn. 1 bis 40

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.

Nr. 1 Schwangerschaftsabbruch, Vorsorgeuntersuchungen

In Ergänzung von § 1 Abs. 2 Buchst. a) und b) MB/KK 2009 gelten als Versicherungsfall auch:

1. Schwangerschaftsabbruch nach gesetzlich zulässigen Indikationen und freiwillige Sterilisation unabhängig von der Indikation; das Rückgängigmachen einer Sterilisation gilt nicht als Versicherungsfall;
 2. sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Vorsorgeuntersuchungen, soweit Leistungen für ambulante Heilbehandlung vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen, 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.

Nr. 2 Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

Bei Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht bis zu

drei Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt werden.

- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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 (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. 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 Kundeninformation) 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.

Zum Versicherungsjahr und zur vereinbarten Vertragsdauer siehe Nrn. 35 und 36 TB.

Nr. 3 (entfällt)

- (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.

Nr. 4 Mitversicherung Neugeborener

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 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.

Nr. 5 (entfällt)

- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

Nr. 5a Wegfall der allgemeinen Wartezeit

Es entfällt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten, sofern es der Tarif vorsieht.

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

Nr. 6 Wartezeitwegfall bei Unfällen

Bei Unfällen entfallen auch die besonderen Wartezeiten (vgl. § 3 Abs. 2 Buchst. a) MB/KK 2009).

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

Nr. 7 Erlass der Wartezeiten mit ärztlicher Untersuchung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden. Beantragt der Versicherungsnehmer dieses, so hat er für die ohne Wartezeit zu versichernden Personen innerhalb von 14 Tagen ärztliche Zeugnisse über deren Gesundheitszustand - nach Möglichkeit auf einem Formblatt des Versicherers - vorzulegen. Die Kosten dafür trägt der Versicherungsnehmer.

- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-vollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorsicherung 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.

Nr. 7a Wartezeiten bei allgemeiner Leistungsanpassung

Bei Erweiterung des Versicherungsschutzes, soweit diese aufgrund einer im Tarif vorgesehenen allgemeinen Anpassung des Leistungsumfangs erfolgt, findet § 3 Abs. 6 MB/KK 2009 keine Anwendung.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

Nr. 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nach Maßgabe einer der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärung.

Die Verwendung dieser Mittel ausschließlich zugunsten der Versicherungsverhältnisse (Überschussbeteiligung) geschieht durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form der Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift);
2. Leistungserhöhung;
3. Beitragssenkung;
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen (betreffend Beitragsanpassungen siehe § 8b MB/KK 2009 und Nr. 33b TB);
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen (siehe aber Nr. 9 TB zu vorst. Ziff. 1) und gegebenenfalls weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde fest.

Nr. 9 Teilnahmeberechtigung und Höhe von Beitragsrückerstattungen in Form der Ausschüttung

Teilnahmeberechtigt an einer gemäß Nr. 8 Ziff. 1 TB festgelegten Beitragsrückerstattung in Form der Ausschüttung sind alle versicherten Personen, die im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr Leistungen aus dem begünstigten Tarif nicht erhalten haben und gleichzeitig ganzjährig ohne Vereinbarung des Ruhens (vgl. Nr. 30 TB) in dem Tarif versichert waren. Die Höhe der Beitragsrückerstattung richtet sich nach dem Verfahren in Nr. 8 TB; sie kann danach abgestuft werden, ob und inwieweit die in Satz 1 genannten Voraussetzungen für mehrere Kalenderjahre hintereinander erfüllt sind. Bemessungsgrundlage ist der Jahresbeitrag, der für das leistungsfreie Kalenderjahr vertraglich zu zahlen war.

Nr. 10 Selbstbehalt und Leistungssätze bei angebrochenen Kalenderjahren

Im ersten Versicherungsjahr (vgl. Nr. 35 TB) ermäßigen sich tariflich je Kalenderjahr vereinbarte Selbstbehalte, Leistungssätze und Leistungshöchstsätze um soviel Zwölftel, als der Versicherungsbeginn der versicherten Person Monate später nach dem Jahresanfang liegt. Das letzte Versicherungsjahr rechnet insoweit als volles Jahr.

- (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.

Nr. 11 Leistungsumfang für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

Nach Tarif erstattungsfähig sind die Aufwendungen für alle ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeiten nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung. Ausnahmen hiervon bestehen gemäß Nr. 13 TB für die Psychotherapie; Beschränkungen ergeben sich aus § 5 MB/KK 2009 und Nr. 21 TB. Soweit Ambulatoen und Sozialstationen auf Verlassung eines approbierten Arztes oder als Erste Hilfe Verrichtungen vornehmen, die einer Position der GOÄ entsprechen, werden diese Aufwendungen bis zum einfachen GOÄ-Satz ärztlicher Tätigkeit gleichgestellt. Teilbezüge, die über die genannten Begrenzungen der Gebührensätze hinausgehen, bleiben erstattungsfähig, soweit der Versicherer das vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt hat.

Nr. 12 Behandlung durch Heilpraktiker

Bei Verrichtungen von Heilpraktikern findet Nr. 11 TB mit Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) entsprechende Anwendung.

Nr. 13 Psychotherapie

Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung sind bis zu 24 Behandlungstagen je Kalenderjahr in tariflichem Umfang erstattungsfähig; darüber hinaus leistet der Versicherer in gleichem Umfang, soweit ihm vor Behandlungseintritt eine ärztliche Beurteilung über die Heilungsmöglichkeit vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat. Wird die Psychotherapie auf Veranlassung eines approbierten Arztes durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen durchgeführt, beziehen sich die Regelungen auf drei Viertel der jeweiligen Aufwendungen.

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

Nr. 14 Begriffsabgrenzung Arzneien

Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht:

1. Nährmittel und Stärkungspräparate, außer es handelt sich um medizinisch zwingende Verordnungen (wie z. B. bei Enzymmangelkrankheiten zur Vermeidung von Spätschäden);
2. Desinfektionsmittel, Kosmetikmittel, Mineralwässer;
3. nicht rezeptpflichtige Entfettungspräparate, Abführpräparate und Badezusätze.

Nr. 15 Begriffsabgrenzung Heilmittel (physikalisch-medizinische Behandlungen)

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin, wobei Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten nicht berücksichtigt werden.

Nr. 16 Begriffsabgrenzung Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich orthopädische Hilfsmittel, Hör-, Seh- und Sprechhilfen sowie Herzschrittmacher, Heimodialysegeräte und Krankenfahrstühle; Betriebsmittelerlass ist nicht mitversichert. Der Tarif kann eine erweiterte Leistungszusage vorsehen.

- (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.

Nr. 17 Leistungsumfang für stationäre Heilbehandlung

Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erbracht:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung; hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus;
2. Wahlleistungen gemäß dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Hämodialyse, auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung (vgl. Nr. 11 TB, soweit Leistungen dafür vereinbart sind).

Nr. 18 Krankenhaustagegeld bei teilstationärer Behandlung, Beurlaubungen, der Begleitung von Kindern und im Truppensanitätsbereich

Bei teilstationärer Behandlung wird ein versichertes Krankenhaustagegeld in halber tariflicher Höhe gezahlt. Entsprechendes gilt bei Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei ganztägiger Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld fällig; im Übrigen rechnen Aufnahme- und Entlassungstag je als voller Tag. Das für Kinder vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für den Zeitraum, in dem ein Elternteil während einer stationären Heilbehandlung des Kindes als Begleitperson stationär aufgenommen wird; für den Elternteil selbst sowie für die Unterbringung des gesunden Säuglings nach einer Entbindung liegt kein Krankenhaustagegeldanspruch vor. Bei Behandlung im Truppensanitätsbereich oder einer gleichstehenden Einrichtung wird Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag gewährt. Die genannten Bestimmungen beziehen sich demgemäß auch auf Ersatzkrankenhaustagegelder.

Zum Kinderbegriff vgl. Nr. 28 TB.

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

Siehe auch § 5 Abs. 1 Buchst. d) MB/KK 2009 und Nr. 19 TB.

- (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 2000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

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

Versicherer die entstandenen Kosten.

Nr. 18a Leistungen für Komplementärmedizin

Der Tarif kann auch Leistungen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel vorsehen, die unabhängig von den in § 4 Abs. 6 MB/KK 2009 genannten Kriterien gewährt werden.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 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;

Nr. 19 Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

In Gestaltung zu § 5 Abs. 1 Buchst. d) MB/KK 2009 sind die während eines Kur- oder Sanatoriumsaufenthaltes anfallenden Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittelversorgung (vgl. Nrn. 11 bis 15 TB) in einen für ambulante Heilbehandlung bestehenden Versicherungsschutz in tariflichem Umfang eingeschlossen, soweit dem Versicherer vor Kurantritt die medizinische Notwendigkeit aufgrund eines ärztlichen Attestes nachgewiesen wird und er die Leistungsübernahme schriftlich zugesagt hat. Im Tarif können weitergehende Kurleistungen vereinbart sein.

- 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 Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 20 Verzicht auf Kurortklausel

§ 5 Abs. 1 Buchst. e) MB/KK 2009 entfällt.

- f) ---
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Nr. 21 Nicht versicherbare Aufwendungen

Die Aufwendungen für ärztliche Gutachten und Atteste für private oder berufliche Zwecke, für Pflegepersonal und Desinfektion sowie für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten sind im Rahmen des Vertrages nicht versicherbar.

- (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.

Nr. 22 Beschreibung der Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten:

1. Name und Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, die Leistungen des Behandelnden mit Angabe der jeweiligen Behandlungstage und der Ziffern der angewandten Gebührenordnung;
2. bei Arzneiverordnungen sowie Verordnungen und Rechnungen für Heil- und Hilfsmittel Name der behandelten Person; diese Unterlagen sind zusammen mit der Rechnung des Behandelnden einzureichen;
3. bei Krankenhausaufenthalt zusätzlich Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer, Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und ggf. Dauer der begleitenden Aufnahme eines Elternteils bei Kindern.

Ist lediglich Krankenhaustagegeld versichert, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses, worin die Angaben zu den Leistungen des Behandelnden und der Pflegeklasse bzw. Bettenzahl entfallen können. Gegen Zwischenrechnungen bzw. -bescheinigungen zahlt der Versicherer auch zwischenzeitlich aus. Die Obliegenheiten § 9 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 bleiben unberührt.

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

Nr. 23 Legitimation des Überbringers

Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten, sofern keine Verpflichtung nach § 6 Abs. 3 MB/KK 2009 besteht. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

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

Nr. 24 Wechselkurs ausländischer Währungen

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt am Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß Veröffentlichung der deutschen Bundesbank, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist durch Bankbeleg nach, dass er 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.

Nr. 25 Überweisungskosten, Übersetzungskosten

Überweisungskosten auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Inlandskonto und Übersetzungskosten zieht der Versicherer nicht ab.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

Nr. 26 Krankenhaus-Ausweis

Nach Ausgabe eines Krankenhaus-Ausweises (Generali Card) gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwedende 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 Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahrs nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Zum Versicherungsjahr siehe Nr. 35 TB

Nr. 27 Monatliche Beitragsraten, Begriffsbestimmung, Eintrittsalter

Die Höhe der monatlichen Beitragsraten gemäß § 8 Abs. 1 MB/KK 2009 (Tarifbeitrag) richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

Nr. 28 Monatliche Beitragsraten für Kinder und Jugendliche

Kinder (Eintrittsalter 0 bis 15 Jahre) und Jugendliche (Eintrittsalter 16 bis 20 Jahre) zahlen vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 Jahre. Für Neugeborene, die gemäß § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 und Nr. 4 TB ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Für Adoption gemäß § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt Satz 2 entsprechend.

- (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 Kundeninformation) 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.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahrs fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) 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 Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) 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.

Nr. 29 Mahnkosten

Tarifliche Mahnkosten werden nicht erhoben. Der Versicherer ist aber berechtigt, seine Auslagen (z. B. für Porto) zu berechnen.

- (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 Kundeninformation) 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.

Zum Ende der Beitragszahlung bei Eintritt der Versicherungspflicht siehe auch § 13 Abs. 3 MB/KK 2009.

Nr. 30 Vereinbarung des Ruhens der Versicherung

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhens der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren vereinbaren, wenn der Versicherungsnehmer vorübergehend außerstande ist, seinen Beitragsverpflichtungen nachzukommen. Für die Dauer eines länger als sechsmonatigen Ruhens sind dabei die monatlichen Beitragsraten der Anwartschaftsversicherung zu zahlen. Der Versicherer ist leistungsfrei für alle Leistungsansprüche, die in die Ruhenszeit fallen. Mit dem Ablauf der Ruhenszeit treten die beiderseitigen Rechte und Pflichten nach Maßgabe der hierfür getroffenen Vereinbarungen wieder in Kraft. Die Vereinbarung des Ruhens kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden; Nr. 37 TB ist sinngemäß anzuwenden. Der Abschluss einer Ruhensvereinbarung ist für die Pflichtversicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) nicht möglich.

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

Nr. 31 (entfällt)

§ 8a Beitragsberechnung

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

Nr. 32 (entfällt)

- (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.

Nr. 33 Anrechnung der Alterungsrückstellung bei Beitragsänderungen

Die Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 erfolgt in der Weise, dass auf den Tarifbeitrag für das erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person ein Nachlass (Umstellungs- bzw. Umstufungsrabatt) eingeräumt wird. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt, und dem Geburtsjahr.

Nr. 33a (entfällt)

- (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 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.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Nr. 33b Auslösender Faktor für Beitragsanpassungen

Der im § 8b Abs. 1 MB/KK 2009 beschriebene tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 7,5.

§ 9 Obliegenheiten

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

Nr. 34 Meldeverzicht Krankenhausbehandlung

Auf die Meldung von Krankenhausbehandlungen wird verzichtet; § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des 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 Minde- rung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unter- lassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versiche- rer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungs- berechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Ge- brauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versi- cherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unter- richten.
- (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 Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten ver- letzt 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 Kundeninformation) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformati- on) 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 Versiche- rungsnehmers 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 Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kosten- erstattung 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 mit- zuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Per- son vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Ob- liegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Drit- ten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistun- gen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungs- vertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 35 Begriffsbestimmung Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versiche- rungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Nr. 36 Vereinbarte Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird pro Person und Tarif mit einer Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren abge- schlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versi- cherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.

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

Nr. 37 Fortsetzung der Versicherung durch mitversicherte Personen (zu § 13 Abs. 2, 5 und 10, § 15 Abs. 1 und 3 MB/KK 2009)

Endet oder ruht (vgl. Nr. 30 TB) der Vertrag mit dem Versicherungsnehmer oder kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer mitversicherten Person, so können die betroffenen mitversicherten Personen ihren Vertragsteil als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortset- zen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Die versi- cherten Personen sind vom Versicherer über die Kündigung und das Fortsetzungsrecht in Textform zu informieren. Die Fortsetzung muss dem Versicherer, abweichend von § 13 Abs. 10 MB/KK 2009, innerhalb von drei Monaten nach der Beendigung oder dem Ruhensbeginn oder innerhalb von zwei Monaten nach Kenntniserlangung erklärt werden. Die hiernach rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Mit Zahlung derselben tritt der beendete Versicherungsschutz (vgl. § 7 MB/KK 2009) rückwirkend wieder in Kraft. Bei Ehe- scheidungen und -trennungen verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Kündigungsfristen, wenn Vertragsteile in- soweit fortgesetzt werden.

Zur Versicherungsfähigkeit siehe den abgeschlossenen Tarif.

- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzli- chen 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 Versicherungsneh- mer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungs- nehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungs- recht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Spä- ter kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenver- sicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversi- cherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Ein- tritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versiche- rungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem

beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 38 Ende der Beitragszahlung bei Eintritt der Versicherungspflicht

Im Falle der Kündigung einer Krankheitskostenversicherung binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 MB/KK 2009 sind die monatlichen Beitragsraten für die gekündigten Tarife letztmalig für den Vormonat zu entrichten, der vor dem Zeitpunkt des Eintritts endet; § 8 Abs. 8 MB/KK 2009 gilt insoweit nicht.

- (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.

Zur Beitragsanpassung vgl. § 8b MB/KK 2009, zur Fortsetzungsmöglichkeit der Versicherung durch betroffene mitversicherte Personen Nr. 37 TB.

- (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.

Nr. 39 Fortsetzung der Versicherung durch mitversicherte Personen (zu § 13 Abs. 6, § 14 Abs. 4 MB/KK 2009)

Soweit der Versicherer das Versicherungsverhältnis der mitversicherten Person nicht durch Anfechtung, Rücktritt oder durch Kündigung gemäß § 28 VVG beendet hat, findet Nr. 37 TB entsprechende Anwendung.

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

- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Kundeninformation) 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 Kundeninformation) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt

nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurück behalten.
- (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.

Zu diesem Fortsetzungsrecht siehe entsprechend Nr. 37 TB.

- (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 Kundeninformation) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) 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 Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

Nr. 40 Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Zur Fortsetzungsmöglichkeit der Versicherung durch mitversicherte Personen siehe Nr. 39 TB zu § 13 Abs. 6 MB/KK 2009.

§ 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.

Zu diesem Fortsetzungsrecht der mitversicherten Personen siehe entsprechend Nr. 37 TB und § 13 Abs. 10 MB/KK 2009.

- (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 an-derweitigen 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.

§ 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 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) 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.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe