

Kundeninformation

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer
Gothaer Krankenversicherung**

Nachfolgend finden Sie die **Änderungen** der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** (AVB).

Es sind nur die Textpassagen der Versicherungsbedingungen aufgeführt, die sich ändern. Texte, die wegfallen, sind durchgestrichen. Texte, die neu hinzukommen, sind unterstrichen.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet.

Außerdem wurden die Tarifnamen der Pflagegeldversicherungen MediP / MediGroup P (0/ 1/ 2/ 3/ EZ) in **MediPG / MediGroup PG (1/ 2/ 3/ 4/ EZ)** sowie der Tarifname der Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei Unfall MediClinic S U in **MediClinic Basis** geändert.

Wichtige Hinweise

Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergeben sich aufgrund

- des Gesetzes zur Verbesserung der zivilrechtlichen Durchsetzung von verbraucherschützenden Vorschriften des Datenschutzrechts,
- des Gesetzes zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen sowie
- der Verordnung betreffend die Aufsicht über die Geschäftstätigkeit in der privaten Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung - KVAV).

Darüber hinaus sind in den Versicherungsbedingungen Klarstellungen aufgrund der bisherigen Leistungspraxis sowie redaktionelle Änderungen vorgenommen worden. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung erfolgten u. a. aufgrund einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs.

Inhaltsverzeichnis

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung MB/KK 2009	Seite	3
Krankheitskosten-Tarif BS	Seite	6
Krankheitskosten-Tarif KG, MediStart, MediVita	Seite	6
Tarif MediMPlus - Ergänzungsversicherung zu MediStart und MediVita	Seite	7
Tarif KV65 - Beitragsentlastung im Alter	Seite	8
Tarif MediSafe - Beitragsentlastung im Alter	Seite	8
Krankheitskosten-Tarif OPT 03 mit Option	Seite	8
Krankheitskosten-Tarif BSS, BSZ	Seite	9
Krankentagegeldversicherung MB/KT 2009	Seite	10
Pflegetagegeldversicherung MediP / MediGroup P - Änderung Tarifnamen -	Seite	12
Pflegekrankenversicherung P1	Seite	12
Pflegekrankenversicherung / Pflegetagegeld-Tarif PT	Seite	13
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009 und AB/KK 2010	Seite	13
Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Unfall AB/KK Unfall 2009	Seite	14
Krankheitskosten-Tarif MediClinic S U - stationäre Ergänzung bei Unfall - Änderung Tarifnamen -	Seite	14
Vorsorgetarif MediGroup V, MediPrävent, impuls prevent	Seite	15
Optionstarif OPT G	Seite	15
Basistarif BTN, BTB	Seite	16
Notlagentarif NLTN, NLTB	Seite	24
Standardtarif STN, STB	Seite	25
Private Studentische Krankenversicherung PSKV	Seite	30
Auslandsreise-Versicherung AR	Seite	31
Auslandsreise-Versicherung ARB	Seite	31
Auslandsreise-Krankenversicherung MediR	Seite	31
Auslandsreise-Versicherung MediTravel	Seite	32
Auslandsreise-Versicherung RR	Seite	32
Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung AVL N	Seite	32
Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer AAV	Seite	33
Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer NAAV	Seite	33
Auslandsreise-Krankenversicherung ausländischer Saisonarbeitskräfte EH 1 und EH 2	Seite	33
Krankenrücktransportversicherung Parion (RTV)	Seite	34

Die Änderungen der folgenden Seiten gelten jeweils für die aufgeführten Tarife/Tarifwerke einschließlich der zugehörigen Tarif- /Vorsorgestufen und Varianten, sofern vorhanden.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Gilt für Tarif A1, A2, A3, AE, AS, BA, BE, BS, BS %, BSR, BWA, BWS, BWSR, BWZ, BZ, C, CH1, D, E, EB, ES, ESA, GB, GBR, GGS, GS, I, impuls clinic, impuls clinic 1, impuls clinic 2, impuls hp, impuls hpp, K, KENS1*, KENS2*, KENÜ*, KG, KG Plus, KHT, KIM*, KSEK*, KT, KV65*, KVASZ*, KVNS1*, KVNS2*, MA1, MA2, MA %, MAX, MAX Plus, MediAktiv, MediAmbulant, MediClinic, MediClinic 1, MediClinic 2, MediClinic Plus, MediClinic Premium, MediComfort, MediDent, MediFit, MediMPlus, MediNatura, MediNatura P, MediSafe, MediStart 1, MediStart 2, MediTop 1, MediTop 2, MediVita, MediVita Z, MS, MS %, MS3, MZ, MZ %, N, O, OPT 03, P, Q, S1, S-1, S2, S-2, S3, SE, SEK, ST, UBF, W, WD, X1, X2, X3, Z, Z1, Z2, Z3, ZB, ZEG, ZES, ZH, ZS, ZV1, ZVH.

Teil I
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)*

Teil II
Tarifbedingungen*

*Die Änderungen gelten gleichfalls für die MB/KK 2009 Version C.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.2 Hinweise auf zusätzliche Assistenzleistungen (z. B. telefonische Beratung) sind im aktuellen Beiblatt "Serviceleistungen der Gothaer Krankenversicherung" enthalten, das der Versicherer auf Anfrage überlässt.

1.3 Im Rahmen bestehender Kooperationen mit Leistungserbringern im Gesundheitswesen empfiehlt der Versicherer deren Inanspruchnahme. Sofern der Tarif es vorsieht, ist der tarifliche Erstattungsanspruch bei Inanspruchnahme eines Kooperationspartners erhöht. Namen und Anschriften der Kooperationspartner teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.1 Als Versicherungsfall gilt zudem kosmetische Behandlung, soweit diese aufgrund einer angeborenen oder durch Unfall oder Erkrankung verursachten Verunstaltung oder Verstümmelung medizinisch notwendig ist (vgl. § 5 Abs. 1.4).

2.2 Im Rahmen einer bestehenden Krankheitskostenvollversicherung gelten als Versicherungsfall nach § 1 Abs. 2 auch

a) medizinisch notwendige und nach deutschem Recht zulässige ärztliche Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft wegen Sterilität bzw. Subfertilität der versicherten Person.

b) Teilnahme der schwangeren versicherten Person an Geburtsvorbereitungskursen sowie nach der Entbindung an medizinisch notwendiger Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik (vgl. § 4 Abs. 3.2).

c) Verhütung von Krankheiten durch medizinisch notwendige Schutzimpfungen (siehe § 4 Abs. 2.5).

4.1 Abweichend von Abs. 4 besteht Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

Bei geplantem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über sechs Monate hinaus gilt § 15 Abs. 3 (Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins außereuropäische Ausland).

**§ 4
Umfang der
Leistungspflicht**

5.1 Abweichend von Abs. 5 beruft sich der Versicherer nicht auf die Begrenzung der Leistungen (Umfang der Leistungspflicht in Deutschland), wenn vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen der in Abs. 5 genannten Staaten eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer wird im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

6. (...) 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 § ~~42~~ 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (...) ist ebenfalls ausgeschlossen.

2.5 Aufwendungen für ärztlich angeratene Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden, sind erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Dies gilt auch für berufsbedingte Schutzimpfungen, wenn sie gemäß den Empfehlungen der STIKO angeraten sind, der Arbeitgeber aber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) nicht verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen. Ausgenommen sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die aus Anlass einer privaten Auslandsreise vorgenommen werden.

3.2 Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), podologische Behandlung (Diabetes), Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungs-/Wochenbettgymnastik. Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.

3.5 Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, umfassen Leistungen nach Abs. 3.3 und Abs. 3.4 auch die Reparatur und die Wartung der Hilfsmittel (vgl. auch § 5 Abs. 1.5).

4.1 Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gelten taggleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).

In Krankenhäusern, die nicht nach der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).

12. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende (Organempfänger), ist die Absicherung des Organspenders als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG im tariflichen Rahmen in den Versicherungsschutz des Organempfängers einbezogen. Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist.

**§ 5
Einschränkung der
Leistungspflicht**

- 1.2 Abweichend von Abs. 1 d) und Abs. 1 e) sind die Aufwendungen für ambulante Kurbehandlung sowie die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig.
- Im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sind die während einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung entstandenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten als ambulante Kurkosten im tariflichen Rahmen erstattungsfähig. Solche Versicherungsleistungen können erstmals für Behandlung nach dreijähriger Versicherungsdauer erbracht werden und danach im Abstand von jeweils drei Jahren.
- ~~Abs. 1 d) bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.~~
- Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
- 1.3 ~~Abweichend von Abs. 1 d) sind im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sowie für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die in Form der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn für die Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger zuständig ist.~~
- Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
- 1.34 Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
- 1.45 Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
- 1.56 Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostikinststitute und -kliniken.

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 8
Beitragszahlung**

6. (...) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § ~~42h~~ 153 VAG (...) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- (...) 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 § ~~42h~~ 153 VAG (...) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. (...)

**§ 8d
Anwartschaft auf
Beitragsermäßigung**

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen werden zusätzlich Beträge nach Maßgabe von § ~~42a~~ 150 VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

Ende der Versicherung

**§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer**

8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (...) 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 § ~~42~~ 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (...) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

8.1 Bei einem vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag und späterem Wechsel in eine substitutive Krankenversicherung des Versicherers mit Übertragungswert, kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung nur die Übertragung des nach diesem Wechsel aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe des § ~~42~~ 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer verlangen, bei dem er gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag abschließt.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagement

Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), Baby-Überwachungsmonitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale und Parenterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung/Nährstoffe/-substanzen)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif BS für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif **BS**.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

C. Einkommen/Familiengröße

Einkommensverbesserung/ Änderung der Familiengröße 1. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich ~~schriftlich~~ in Textform (vgl. § 16 AVB) zu informieren, (...).

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif KG / MediStart / MediVita

Gilt für Tarif **KG, MediStart 1, MediStart 2, MediVita**.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG / MediStart / MediVita

	Leistung*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag* in EUR
II.	(...)	
Krankengymnastik, Bewegungsübungen	16 Rückbildungsgymnastik/pro Sitzung	10,90
III.	46 <u>17</u> Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, (...)	
Massagen		

Anpassung der nachfolgenden Nummerierungen.

(...)

X. Podologische Behandlung	<u>48</u>	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
	<u>49</u>	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
	<u>50</u>	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
	<u>51</u>	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
	<u>52</u>	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
	<u>53</u>	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
		<u>Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch</u>	<u>7,50</u>
		<u>Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person 3,50 EUR</u>	
X. XI. Sonstiges	<u>47</u> <u>54</u>	Ärztlich verordneter Hausbesuch (...)	
	<u>48</u> <u>55</u>	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) (...). Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern <u>47 54</u> und <u>48 55</u> nur anteilig je Patient ansetzbar.	
	<u>56</u>	Geburtsvorbereitungskurs	80,00

*Änderungen sind vorbehalten (...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif MediMPlus Ergänzungsversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung

Gilt für Tarif MediMPlus.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Ambulante psychotherapeutische Behandlung**
70 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlung für die 21. bis 50. Sitzung pro Kalenderjahr zusätzlich zur Anzahl der Sitzungen der beim Versicherer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung (Grundversicherung, vgl. Abschnitt C.1), sofern die Leistungspflicht aus der Grundversicherung gegeben ist.

~~Der Versicherer leistet für ambulante psychotherapeutische Behandlung, soweit er vor Beginn der Behandlung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.~~
- 3. Hilfsmittel (außer Sehhilfen)**
100 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.1 und 2) in Standardausführung, die nicht in dem Verzeichnis der Hilfsmittelversorgung* des Versicherers aufgeführt sind. Die Einschränkung auf eine Standardausführung entfällt für lebenserhaltende Hilfsmittel.
Für den Bezug des Hilfsmittels nach Tarif MediMPlus gilt § 4 Abs. 3.4*.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch medizinisch notwendiger Hilfsmittel, mit Ausnahme der Kosten für Unterhaltungs- und Betriebskosten.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif KV65 - Sonderbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

Gilt für Tarif KV65.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KK 2009)

B. Anpassung des Entlastungsbetrages

Erläuterungen (...)

Die Einzelheiten der Anpassung werden dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor Wirksamwerden mitgeteilt. Die Anpassung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er sie nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden ~~schriftlich in Textform~~ (vgl. § 16 AVB) ablehnt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif MediSafe Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Beitragsentlastung im Alter

Gilt für Tarif MediSafe.

A. Allgemeine Bestimmungen

3. (...)
Versicherungsfähigkeit

Eine Beitragsentlastung nach Tarif MediSafe ist für Krankentagegeldversicherungen des Versicherers, arbeitgeberfinanzierten Versicherungsschutz im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen sowie für den gesetzlichen Zuschlag nach § ~~42 Abs. 4 a~~ 149 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht möglich.

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif OPT 03 für stationäre Heilbehandlung

Befristete Ergänzungsversicherung mit Option für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Gilt für Tarif OPT 03.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

E. Ende der Versicherung nach Tarif OPT 03

Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer das Ende der Versicherungspflicht, des Anspruchs auf Familienversicherung oder die Exmatrikulation an einer Hochschule bzw. Fachhochschule unverzüglich ~~schriftlich in Textform~~ (vgl. § 16 AVB) anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Gilt für Tarif BSS, BSZ.

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen für Tarif BSS / BSZ

Der Versicherungsschutz

- § 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**
6. (...) 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 § ~~42h~~ 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (...) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8
Beitragszahlung**
6. (...) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § ~~42h~~ 153 VAG (...) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- (...) 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 § ~~42h~~ 153 VAG (...) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. (...)

**§ 8a
Beitragsberechnung**

- Nr. 11a Anwartschaft auf Beitragsermäßigung (Tarif BSS)**
Nr. 8a Anwartschaft auf Beitragsermäßigung (Tarif BSZ)
Der Alterungsrückstellung aller Versicherten werden zusätzliche Beträge nach Maßgabe von § ~~42a~~ 150 VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

Ende der Versicherung

- § 13
Kündigung durch den Versicherungsnehmer**
8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (...) 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 § ~~42~~ 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (...) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

- Nr. 15a (Tarif BSS)**
Nr. 12a (Tarif BSZ)
Bei einem vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag und späterem Wechsel in eine substitutive Krankenversicherung des Versicherers mit Übertragungswert, kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung nur die Übertragung des nach diesem Wechsel aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe des § ~~42~~ 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer verlangen, bei dem er gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag abschließt.

Sonstige Bestimmungen

- § 16
Willenserklärungen und Anzeigen**
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

Gilt für Tarif KSET*, KVET*, MTG, SG, TG.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) waren u. a. aufgrund einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) abzuändern. Mit seiner Entscheidung hat der BGH die Regelung zur Herabsetzung des Krankentagegeldes verworfen. Die betroffene Regelung ist in den Musterbedingungen MB/KT 2009 zu ersetzen gewesen. Als Folge der Entscheidung war die in den Leistungsrichtlinien festgelegte Definition des Nettoeinkommens zur Bestimmung des versicherbaren Krankentagegeldes neu aufzunehmen.

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)*

Teil II Tarifbedingungen*

*Die Änderungen gelten gleichfalls für die MB/KT 2009 Version C.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

5. (...) 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. (...)

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- 2.1 ~~Bei Arbeitnehmern ist für die Berechnung des Nettoeinkommens (Abs. 2) der Monat vor dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend.~~

Als durchschnittliches Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für Arbeitnehmer:

a) Bei in der PKV vollversicherten Personen wird das aus nichtselbständiger Arbeit erzielte laufende lohnsteuerpflichtige Bruttoeinkommen unter Berücksichtigung des Zeitraums nach Abs. 2 und Abs. 4 zugrunde gelegt, abzüglich der Steuerbeträge zur Lohnsteuer, eventueller Kirchensteuerzahlungen und des Solidaritätszuschlags sowie gemindert um die Arbeitnehmeranteile zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, zuzüglich der Arbeitgeberanteile zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

b) Bei versicherten Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, wird das aus nichtselbständiger Arbeit erzielte laufende lohnsteuerpflichtige Bruttoeinkommen unter Berücksichtigung des Zeitraums nach Abs. 2 und Abs. 4 zugrunde gelegt, gemindert um die Arbeitnehmeranteile der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung, der Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie abzüglich der Steuerbeträge zur Lohnsteuer, eventueller Kirchensteuerzahlungen und des Solidaritätszuschlags. Der Anspruch auf Krankengeld der GKV wird auf das Nettoeinkommen angerechnet.

Besteht keine Rentenversicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung, wird bei der Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens (vgl. Abs. 2.1 a) und b)) der Beitrag (Arbeitnehmeranteil) zu einem berufsständischen Versorgungswerk zugrunde gelegt.

2.2 Als durchschnittliches Nettoeinkommen im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt für Selbständige:

- a) Bei Selbständigen errechnet sich das Nettoeinkommen, ausgehend von dem maßgebenden Zeitraum (vgl. Abs. 2 und Abs. 4) auf Grundlage des Umsatzerlöses, abzüglich der variablen Betriebsausgaben und einer Steuerpauschale von 20 %, wenn der Betrieb während der festgestellten Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ruht. Vom Umsatzerlös sind zusätzlich die fixen Betriebsausgaben abzuziehen, wenn bei festgestellter Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person der Betrieb nicht ruht.

Die Berechnung des durchschnittlichen Nettoeinkommens gilt entsprechend für den geschäftsführenden Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), sofern er das wirtschaftliche Risiko des Gewerbebetriebes trägt. Wird das wirtschaftliche Risiko des Gewerbebetriebes nicht getragen, berechnet sich das durchschnittliche Nettoeinkommen des geschäftsführenden Gesellschafters einer GmbH nach den für Arbeitnehmer geltenden Grundsätzen des § 4 Abs. 2.1.

2.3 Als durchschnittliches Nettoeinkommen versicherter Personen, die während der Vertragsdauer arbeitslos werden (arbeitslos aus nichtselbständiger oder selbständiger Tätigkeit) gilt:

Besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit nach § 136 SGB III, wird bei der Berechnung des Nettoeinkommens das bei der letzten Tätigkeit steuerpflichtige Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit entsprechend Abs. 2.1 und 2.2 zugrunde gelegt.

Besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit nach § 137, 138 SGB III, gilt als Nettoeinkommen der jeweilige Leistungsbetrag der Agentur für Arbeit zuzüglich der Beiträge für die private Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie etwaige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung in der von der Agentur für Arbeit übernommenen Höhe.

4. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung 2.1 Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen; sofern er nicht gemäß § 13 in Textform (vgl. § 16) oder gemäß § 14 schriftlich gekündigt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegetagegeldversicherung MediP / MediGroup P

Gilt für Tarif **MediP 0, MediP 1, MediP 2, MediP 3, MediP EZ, MediGroup P 0, MediGroup P 1, MediGroup P 2, MediGroup P 3, MediGroup P EZ.**

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen AB/PV 2017 und Teil II Tarifbedingungen TB/PV 2017)

Bei der Änderung handelt es sich lediglich um eine Namensänderung.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden zum 1. Januar 2017 aus den bis dahin bestehenden drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die sich hieraus für MediP und MediGroup P ergeben, haben wir Ihnen bereits im Rahmen der Beitragsanpassung im November 2016 mitgeteilt. Die nachträgliche Namensänderung erfolgte in Anlehnung an diese neue Systematik zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit.

*MediP heißt nun MediPG
MediP 0 heißt nun MediPG 1
MediP 1 heißt nun MediPG 2
MediP 2 heißt nun MediPG 3
MediP 3 heißt nun MediPG 4
MediP EZ heißt nun MediPG EZ*

*MediGroup P heißt nun MediGroup PG
MediGroup P 0 heißt nun MediGroup PG 1
MediGroup P 1 heißt nun MediGroup PG 2
MediGroup P 2 heißt nun MediGroup PG 3
MediGroup P 3 heißt nun MediGroup PG 4
MediGroup P EZ heißt nun MediGroup PG EZ*

Eine entsprechende Änderung erfolgt im Text des Tarifs.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung

Gilt für Tarif **P1.**

**Teil I
Allgemeine Bedingungen (AB/PV 2009P)**

**Teil II
Tarifbedingungen (TB/PV 2009P)**

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung 7.2. Beitragsermäßigung im Alter
Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beiträge nach Maßgabe des § ~~12a~~ 150 VAG (...) jährlich zugeschrieben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung

Gilt für Tarif PT.

Teil I
Musterbedingungen 2009 (MB/PV 2009)

Teil II
Tarifbedingungen

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Pflegetagegeld-Tarif PT

Gilt für Tarif PT.

Teil ~~II~~ III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
Tarif und Tarifbedingungen (nur gültig in Verbindung mit Teil I MB/PV 2009
und den Tarifbedingungen Teil II)

Beitragsänderung

K. Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten werden zusätzliche Beträge nach Maßgabe von § ~~42a~~ 150 VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2009) / (AB/KK 2010)

AB/KK 2009 gilt für Tarif **MediGroup A, MediGroup S, MediGroup S 1, MediGroup S 2, MediGroup V Aktiv, MediGroup V Basis, MediGroup V Premium, MediGroup Z, MediGroup Z Basis, MediGroup Z Premium, MediGroup ZB*, MediGroup ZB Basis, MediGroupAG A, MediGroupAG S 1, MediGroupAG S 2, MediGroupAG V Basis, MediGroupAG V Premium, MediGroupAG Z, MediGroupAG Z Basis, MediGroupAG Z Premium, MediGroupAG ZB, MediGroupAG ZB Basis, MediPrävent Aktiv, MediPrävent Basis, MediPrävent Premium, MediProphy*, MediProphy Basis, MediZ Basis, MediZ Plus, MediZ Premium.**

AB/KK 2010 gilt für Tarif **MediGroup ZB**, MediProphy**.**

* *Versicherungsverträge, die ab dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden.*

** *Versicherungsverträge, die vor dem 21. Dezember 2012 abgeschlossen wurden.*

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK 2009) / (AB/KK 2010)

Sonstige Bestimmungen

§ 16
Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Unfall (AB/KK Unfall 2009)

Gilt für Tarif **MediClinic Basis, MediClinic S U (neu MediClinic Basis), MediClinic U, MediGroup S U, MediGroup U, MediGroupAG S U.**

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK Unfall 2009)

Der Versicherungsschutz

§ 5
Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

(...)

~~d) für versicherte Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III, entsprechend der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), festgestellt ist. Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach dem abgeschlossenen Tarif (vgl. § 15 AVB). Dies gilt nicht, sofern die Pflegebedürftigkeit in Folge eines Unfalls nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt;~~

~~e) für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, (...)~~

(...)

Anpassung der nachfolgenden alphabetischen Aufzählung und eventueller Verweise.

Sonstige Bestimmungen

§ 16
Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediClinic S U Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei Unfall

Gilt für Tarif **MediClinic S U.**

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK Unfall 2009)

Der Tarifname MediClinic S U ist in MediClinic Basis geändert worden. Der Versicherungsschutz bleibt unverändert. Eine entsprechende Änderung erfolgt im Text des Tarifs.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Vorsorgetarif

Gilt für Tarif **MediGroup V, MediPrävent, impuls prevent.**

**§ 4
Vertragsdauer und Ende des
Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 14) oder den Versicherer schriftlich zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ~~schriftlich~~ gekündigt wird.

**§ 14
Willenserklärung und
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht aus-~~
~~drücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) AVB/OPT G 2009

Gilt für Tarif **OPT G.**

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 4
Obliegenheiten/Mitwirkung
des Versicherungsnehmers**

1. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten ~~schriftlich~~ in Textform (vgl. § 10) anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
(...)

Sonstige Bestimmungen

**§ 10
Willenserklärung und
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht aus-~~
~~drücklich Textform vereinbart ist.~~

Befristete Option für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
(gilt nur in Verbindung mit Teil I der AVB OPT G 2009)

A. Option

Leistungen des Versicherers

**2.
Umstellungszeitpunkt/
Antragsfrist**

Nach Tarif OPT G versicherte Personen können das Optionsrecht einmalig innerhalb der befristeten Vertragslaufzeit von 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen. Es gilt für

a) Pflichtversicherte Mitglieder der GKV

(...)

Der ~~schriftliche~~ Antrag zur Ausübung der Option muss in Textform (vgl. § 10) innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach den jeweiligen Wechselzeitpunkten bei dem Versicherer zugegangen sein.

(...)

b) Freiwillig versicherte Mitglieder der GKV

(...)

Der ~~schriftliche~~ Antrag zur Ausübung der Option jeweils zum 01.07. eines Versicherungsjahres muss in Textform (vgl. § 10) spätestens mit einer Frist von 6 Monaten vor dem jeweiligen Umstellungszeitpunkt, der ~~schriftliche~~ Antrag für die übrigen Umstellungszeitpunkte muss in Textform (vgl. § 10) innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach Ablauf von 5 oder 10 Versicherungsjahren beim Versicherer zugegangen sein.

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009)

Gilt für Tarif **BTN, BTB**.

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- (2) Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe BTN sind Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht beihilfeberechtigt sind und auch keine vergleichbaren Ansprüche haben, wenn sie:
- ~~a)~~ a) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und den Abschluss des Versicherungsvertrages im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin beantragen;
 - ~~b)~~ a) freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (...);
 - ~~b)~~ b) nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und nicht zum Personenkreis nach a) ~~und b)~~ gehören, (...);
 - ~~c)~~ c) eine private Krankheitskostenvollversicherung (...) vereinbart haben und der Vertrag erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde;
 - ~~e)~~ e) eine private Krankheitskostenvollversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, wenn der Antrag auf Versicherung im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin gestellt wird;
 - ~~d)~~ d) eine private Krankheitskostenvollversicherung (...) vereinbart haben und dieser Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, (...);
 - ~~e)~~ e) in der Zeit vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2008 (...);
 - ~~f)~~ f) im Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V (...);
 - ~~g)~~ g) versicherte Personen sind, deren Versicherungsverhältnis wegen Beitragsrückstandes auf den Basistarif umgestellt worden ist.

Die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit der Personenkreise nach den Buchstaben d) bis g) beschränkt sich auf den Basistarif des Versicherungsunternehmens, bei dem das bisherige Versicherungsverhältnis bestand.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

- § 1**
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- (4) Versicherungsfall für die Leistungen nach Absatz 2 ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit deren Beginn, im Übrigen mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt. (...)
- (8) Der Versicherungsnehmer hat unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen der §§ 204 Abs. 1 Nr. 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), 13 Abs. 2 ~~1a Kalkulationsverordnung (KalV)~~ Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) - (...) - das Recht, für sich oder für die in seinem Vertrag versicherten Personen den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Im neuen Tarif können Risikozuschläge, die während der Dauer der Versicherung im Basistarif nicht erhoben werden, aktiviert werden. Ein Wechsel in den Notlagentarif nach ~~§ 42h 153~~ § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - ...) ist ausgeschlossen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8**
Beitragszahlung
- (3) (...) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach ~~§ 42h 153~~ § 153 VAG (...) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- (...) 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 ~~§ 42h 153~~ § 153 VAG (...) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. (...)

Ende der Versicherung

- § 13**
Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- (7) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von ~~§ 42 146~~ § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (...) auf deren neuen Versicherer überträgt.

Sonstige Bestimmungen

- § 16**
Willenserklärungen und Anzeigen
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~
- § 18**
Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- (3) Ändern sich die leistungsbezogenen Vorschriften des SGB V, ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen des Basistarifs mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsschutzes, nach den Vorgaben des insoweit beliebigen (~~§ 42 Abs. 4b 158~~ § 158 Abs. 2 VAG - ...) Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., entsprechend anzupassen. (...)

Tarif BT

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Heilbehandlung

- 5.**
Häusliche Krankenpflege
- (1) (...) Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich, sind nur die Aufwendungen für Behandlungspflege erstattungsfähig. Die häusliche Krankenpflege umfasst auch die ambulante Palliativversorgung.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und für hauswirtschaftliche Versorgung wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht wie notwendig pflegen und versorgen kann. Leistungen werden nur erbracht, wenn und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

(3) Der Anspruch gemäß Absatz 1 ~~Satz 4~~ auf Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, bei ambulanter Palliativversorgung auch darüber hinaus.

6. Haushaltshilfe

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Haushaltshilfe, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes nicht möglich ist wegen

(...)

g) häuslicher Krankenpflege;

h) schwerer Krankheit und akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Der Anspruch nach Absatz 1 lit. a bis g setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, ~~und keine im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.~~ Der Anspruch nach Absatz 1 lit. h besteht längstens für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen.

8. Heilmittel

(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis (...) des Basistarifs aufgeführten Leistungen. Diese müssen von einem Vertragsarzt verordnet und von einem für die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Therapeuten erbracht werden. Die Behandlung muss ~~bei Physiotherapie innerhalb von 10 Tagen, Ergo- und Logotherapie innerhalb von 14 Tagen und bei Podologie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung~~ begonnen werden, es sei denn, der Arzt hat einen späteren Beginn auf der Verordnung vermerkt.

D. Stationäre Heilbehandlung

8. Stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Kurzzeitpflege, sofern Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Tarifteil A. 5 Absatz 1 Tarif BT bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Aufwendungen nach Satz 1 sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von 1612 Euro. § 42 Sozialgesetzbuch Elftes Buch gilt entsprechend.

Heilmittelverzeichnis des Basistarifs

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 30 Minuten	4,45 <u>5,12</u>
II. Krankengymnastik	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage) als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	14,17 <u>16,29</u>
003 Krankengymnastik in einer Gruppe mit 2-5 Patienten - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	3,90 <u>4,55</u>
004 Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebral bedingten Funktions- störungen für Kinder bis 14 Jahre (2-4 Kinder) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	8,27 <u>9,56</u>
005 Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	41,78 <u>48,66</u>
006 Krankengymnastik im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,43 <u>17,88</u>
007 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	11,36 <u>13,22</u>
008 Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	6,10 <u>7,06</u>
009 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät): Parallele Einzel- behandlung bis zu 3 Patienten - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten je Patient	25,18 <u>30,84</u>
010 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzel- behandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,07 <u>29,45</u>
011 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzel- behandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,07 <u>29,45</u>
012 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Bobath als Einzel- behandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52 <u>22,90</u>
013 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach Vojta als Einzel- behandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52 <u>22,90</u>
014 Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach PNF als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 25 bis 35 Minuten	19,52 <u>22,90</u>
015 Manuelle Therapie - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 25 Minuten	15,76 <u>18,26</u>

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
III. Bewegungstherapie	
016 Übungsbehandlung als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	5,76 <u>6,75</u>
017 Übungsbehandlung in einer Gruppe mit 2-5 Patienten - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	3,90 <u>4,55</u>
018 Übungsbehandlung im Bewegungsbad als Einzelbehandlung einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,64 <u>18,25</u>
019 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	11,63 <u>13,56</u>
020 Übungsbehandlung im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Patienten) einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,78 <u>9,09</u>
021 Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,98 <u>11,67</u>
IV. Massagen	
022 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Klassische Massage- therapie (KMT) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,53 <u>11,13</u>
023 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Bindegewebsmassage (BGM) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	9,42 <u>10,88</u>
024 Massage einzelner oder mehrerer Körperteile - Segment-, Periost-, Colonmassage - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	9,42 <u>10,87</u>
025 Unterwasserdruckstrahlmassage einschl. der erforderlichen Nachruhe - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 20 Minuten	16,21 <u>18,62</u>
V. Manuelle Lymphdrainage	
026 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
a) Teilbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 Minuten	14,22 <u>16,79</u>
b) Großbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 Minuten	21,20 <u>24,82</u>
c) Ganzbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 Minuten	35,67 <u>39,79</u>
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	5,81 <u>7,41</u>
VI. Wärme- und Kältetherapie	
027 Heiße Rolle - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 15 Minuten	6,55 <u>8,02</u>
028 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 20 bis 30 Minuten	7,89 <u>9,06</u>
029 Wärmeanwendung mittels Strahler eines oder mehrerer Körperteile - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	2,94 <u>3,39</u>
030 Ultraschall-Wärmetherapie - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,20 <u>8,82</u>
031 Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Vollbad - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	28,92 <u>33,23</u>
032 Bäder mit Peloiden z. B. Fango, Schlick oder Moor Teilbad - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 15 bis 45 Minuten	21,87 <u>25,13</u>

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
033 Kältetherapie eines oder mehrerer Körperteile - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 5 bis 10 Minuten	6,26	<u>7,17</u>
VII. Elektrotherapie		
034 Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,08	<u>4,69</u>
035 Elektrostimulation bei Lähmungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	9,12	<u>10,46</u>
036 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,16	<u>16,22</u>
037 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad) - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,08	<u>8,11</u>
038 Kohlensäurebad - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90	<u>15,92</u>
039 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,90	<u>15,92</u>
040 Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	13,90	<u>15,92</u>
VIII. Traktionsbehandlung		
041 Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 10 bis 20 Minuten	4,22	<u>4,83</u>
IX. Standardisierte Kombination von Maßnahmen der Physiotherapie		
042 Standardisierte Heilmittelkombination - Regelbehandlungszeit: 60 Minuten	30,83	<u>36,11</u>
X. Sonstige Leistungen		
043 Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,56	<u>0,70</u>
044 Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,30	<u>11,53</u>
045 Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	5,60	<u>6,25</u>
XI. Leistungen außerhalb der Heilmittelversorgung		
046 Unterweisung zur Geburtsvorbereitung - Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 14 Stunden	5,60	<u>6,80</u>
047 Rückbildungsgymnastik - Regelbehandlungszeit: Unterweisungsdauer: 60 Minuten, maximal 10 Stunden	5,60	<u>6,80</u>
XII. Logopädie		
048 Logopädische Erstuntersuchung/befundung (einmal je Behandlungsfall)	25,79	<u>75,86</u>
049 Logopädische Befunderhebung (einmal je Behandlungsfall)	25,79	
050 Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Festverfahren (einmal je Behandlungsfall)	51,59	
051 Logopädische Einzelbehandlung		
a) Therapiezeit 25 bis 35 Minuten	21,22	<u>29,46</u>
b) Therapiezeit 40 bis 50 Minuten	29,86	<u>40,52</u>
c) Therapiezeit 55 bis 65 Minuten	38,27	<u>50,18</u>

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
052	Logopädische Gruppenbehandlung	
	a) Kindergruppe durchschnittliche Therapiezeit 60 bis 90 Minuten <u>Gruppe mit bis zu 2 Patienten - Regelbehandlungszeit:</u> <u>45 Min., je Teilnehmer</u>	17,13 <u>36,54</u>
	b) Erwachsenengruppe durchschnittliche Therapiezeit 90 bis 120 Minuten <u>Gruppe mit 3 bis 5 Patienten - Regelbehandlungszeit:</u> <u>45 Min., je Teilnehmer</u>	24,24 <u>22,95</u>
	c) <u>Gruppe mit bis zu 2 Patienten - Regelbehandlungszeit:</u> <u>90 Min., je Teilnehmer</u>	<u>66,05</u>
	d) <u>Gruppe mit 3 bis 5 Patienten - Regelbehandlungszeit:</u> <u>90 Min., je Teilnehmer</u>	<u>40,06</u>
XIII. Sonstige Leistungen		
053	Ärztlich verordneter Hausbesuch <u>inkl. Wegegeld</u>	6,75 <u>13,02</u>
054	Weiterer Besuch in derselben sozialen Gemeinschaft	3,37
055	Wegepauschale innerhalb geschlossener Ortschaften	2,71
056	Wegegebühren bei Überschreiten der Ortsgrenze pauschal oder	2,71
057	Wegegeld je Kilometer	0,30
XIV. Ergotherapie		
058	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	25,61 <u>28,18</u>
059	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei motorisch-funktionellen Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: je Muskelnerveneinheit 30 bis 45 Minuten	8,91 <u>10,76</u>
060	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	34,08 <u>37,03</u>
061	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	11,53 <u>13,90</u>
062	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/neurophysiologisch orientierte Einzelbehandlung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 30 bis 45 Minuten	28,33 <u>31,18</u>
063	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 45 bis 60 Minuten	11,53 <u>13,90</u>
064	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 60 bis 75 Minuten	43,00 <u>47,33</u>
065	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 120 bis 150 Minuten	78,62 <u>86,51</u>
066	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 90 bis 120 Minuten	21,23 <u>25,61</u>
067	Ergotherapeutische Gruppenbehandlung mit 3-5 Patienten bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung - Regelbehandlungszeit: Richtwert: 180 bis 240 Minuten	39,31 <u>47,42</u>

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
068	Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte (nur zusätzliche neben 058 und 060)	3,90	<u>4,30</u>
069	Ergotherapeutische temporäre Schiene - ohne Kostenvoranschlag	bis 130,00	<u>150,00</u>
070	Ergotherapeutische temporäre Schiene - mit Kostenvoranschlag		
071	Ergotherapeutische Funktionsanalyse (einmal bei Behandlungsbeginn)	19,05	<u>20,97</u>
072	Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (einmal je Behandlungsfall) zzgl. Kilometergeld von 0,30 Euro	82,87	<u>87,69</u>
073	Verwaltungsaufwand für Therapeut-Arzt-Bericht (einmal je Verordnung)	0,56	<u>0,62</u>
074	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	11,30	<u>12,17</u>
075	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient	7,00	<u>7,40</u>
076	Wegegeld je gefahrenen Kilometer (Diese Position kann nur einmal in Verbindung mit der Nr. 072 berechnet werden.)		0,30
XV. Podologie			
077	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes - Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,70	<u>13,15</u>
078	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße - Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50	<u>18,50</u>
079	Nagelbearbeitung eines Fußes - Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,25	<u>13,15</u>
080	Nagelbearbeitung beider Füße - Richtwert: 20 bis 25 Minuten	13,05	<u>17,40</u>
081	Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) - Richtwert: 20 bis 30 Minuten	14,50	<u>18,50</u>
082	Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) - Richtwert: 40 bis 50 Minuten	26,20	<u>28,50</u>
083	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,00	<u>9,80</u>

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

Gilt für Tarif NLTN, NLTB.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1 - 18

Der Versicherungsschutz

- § 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes** (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil AVB/NLT 2013, Tarif NLT) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere § ~~12 Absatz 4~~ 153 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - ...).
- § 6
Auszahlung der Versicherungsleistungen** (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die folgenden Nachweise, die Eigentum des Versicherers werden, erbracht sind:
- (...)
- c) (...) Der Preis für die bezogenen Arzneimittel muss durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein; außerdem ~~mus~~ müssen die Pharmazentralnummer und das Apothekenkennzeichen aufgedruckt werden. (...)
- (...)

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8a
Prämienberechnung und -begrenzung** (1) Die Berechnung der Prämien erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Für die für den Versicherten zu zahlenden Prämien werden im Notlagentarif die Alterungsrückstellung gemäß § ~~12~~ 153 Abs. 2 S. 6 VAG (...) in der Weise angerechnet, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Ende der Versicherung

- § 13
Kündigung durch den Versicherungsnehmer** (8) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, der Pflicht zur Versicherung genügenden Vertrages kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § ~~12~~ 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (...) auf den neuen Versicherer überträgt.

Sonstige Bestimmungen

- § 16
Willenserklärungen und Anzeigen** Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Tarif NLT

A. Ambulante Heilbehandlung

- 1.
Ärztliche Behandlung** (1) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung im Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen bzw. in einem diesen ersetzenden Nachfolgevertrag, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab oder den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind.

B. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

1. **Schwangerschaft und Mutterschaft** (...) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch Vertragsärzte bis zur Höhe nach A. Nr. 1 Abs. ~~3~~² Tarif NLT, Abs. ~~4~~³ gilt entsprechend. Für Leistungen durch Hebammen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu der Höhe ersetzt, die für die Versorgung einer in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten aufzuwenden wäre.

H. Stationäre Hospizleistung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. (...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

Gilt für Tarif **STN, STB**.

Teil I Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1 - 19

Teil II Tarifbedingungen (TB/ST) Nr. 1-10

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Nr. 1 Tarifstufen, Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Nachweispflichten

2. Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STN sind Personen, die bei Krankheit keinen Beihilfeanspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz nach ~~§ 12 146~~ Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, ...) verfügen, wenn sie (...).
3. Aufnahme- und versicherungsfähig in Tarifstufe STB sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes oder eines Bundeslandes berücksichtigungsfähige Angehörige, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ ~~12 146~~ Abs. 1 VAG, ...) verfügen und die Voraussetzungen nach Absatz 2 Buchstaben a) und b) erfüllen. Außerdem sind in Tarifstufe STB Personen aufnahme- und versicherungsfähig, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ ~~12 146~~ Abs. 1 VAG, ...) verfügen und vor Vollendung des 55. Lebensjahres ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen (...).
6. (...) Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § ~~12h 153~~ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG (...)) ist ausgeschlossen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

6. (...) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § ~~12h 153~~ VAG (...) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

(...) 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 § ~~12h 153~~ VAG (...) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. (...)

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Teil III Tarif ST

A. Ambulante Behandlung

Leistungen des Versicherers

8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (siehe Nr. 3c Abs. 4 TB/ST) bis:

- zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser,
- ~~542~~ 850 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren,
- 767 EUR für Krankenfahrstühle.

(...)

B. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

2. Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse, Implantologie, Zahntechnik

65 %

- der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für

(...)

- der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien (siehe Nr. 3b TB/ST).

- der Kosten für Sonderkunststoffe, Weichkunststoffe, Konfektionsfertigteile, Implantate, Implantataufbauten und die implantatbedingten Verbindungselemente, Registrierbesteck bei Stützstiftregistrierung, künstliche Zähne, edelmetallhaltige Dentallegierungen und Verbrauchsmaterialien der Praxis.

(...)

Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen

Im Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen haben sich umfangreiche Änderungen ergeben. Wir stellen Ihnen hiermit das vollständige aktuelle Verzeichnis ohne Änderungsmodus dar.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
001 0 Modell	6,67
001 8 Modell bei Implantatversorgung	6,67
002 1 Doublieren eines Modells	17,28
002 2 Platzhalter einfügen	14,10
002 3 Verwendung von Kunststoff	14,10
002 4 Galvanisieren	14,10
003 0 Set-up je Segment	10,56
005 1 Sägmodell	10,69
005 2 Einzelstumpfmodell	10,69
005 3 Modell nach Überabdruck	10,69
005 4 Set-up-Modell für KFO	11,55
005 5 Fräsmodell	10,69

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
006 0	Zahnkranz	5,42
007 0	Zahnkranz sockeln	5,74
011 1	Modellpaar trimmen	10,13
011 2	Fixator	8,69
012 0	Mittelwertartikulator	9,79
012 8	Mittelwertartikulator bei Implantatversorg.	9,79
013 0	Modelpaar sockeln	26,09
020 1	Basis für Vorbissnahme	9,05
020 2	Basis für Konstruktionsbiss	12,02
021 1	individueller Löffel	22,79
021 2	Funktionslöffel	22,79
021 3	Basis für Bissregistrierung	22,79
021 4	Basis für Stützstiftregistrierung	22,79
021 5	Basis für Aufstellung	22,79
021 6	Basis für Bissregistr. bei Implantatversorg.	22,79
021 8	Basis für Aufstellung bei Implantatversorg.	22,79
022 0	Bisswall	6,57
022 8	Bisswall bei Implantatversorgung	6,57
023 0	Registrierplatte und -stift auf Basen	29,28
024 0	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	25,08
031 0	Provisorische Krone/Brückenglied	33,52
032 0	Formteil	18,17
101 3	Wurzelstiftkappe	78,13
102 1	Vollkrone/Metall	83,98
102 2	Teilkrone/Metall	83,98
102 3	Flügel für Adhäsivbrücke, je Flügel	82,22
102 4	Krone für vestibuläre Verblendung	83,29
102 6	Vollkrone/Metall bei Implantatv.	83,98
102 8	Krone für vestib. Verbl. bei Implantv.	83,29
103 1	Vorbereiten Krone	14,02
103 2	Krone/Brückenglied einarbeiten	14,02
103 3	Stiftaufbau einarbeiten	14,02
104 0	Modellation gießen	18,26
105 0	Stiftaufbau	55,25
110 0	Brückenglied	60,09
120 0	Teleskopierende Krone	261,65
120 1	Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	174,60
133 1	Individuelles Geschiebe	218,62
134 1	Konfektions-Geschiebe	108,34
134 3	Konfektions-Anker	108,34
134 7	Primär-/Sek.-Teil Konfektions-Anker	72,08
134 9	Wiederbefestigung Sekundärteil	72,08
136 0	Gefrästes Lager	52,07
137 0	Schubverteilungsarm	39,04
150 0	Metallverbindung nach Brand	29,11
155 0	Konditionierung je Zahn/Flügel	13,87
160 0	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	47,55
161 0	Zahnfleisch Kunststoff	15,13
162 0	Vestibuläre Verblendung Keramik	97,67
162 8	Vestibuläre Verbl. Keramik bei Implantatv.	97,67
163 0	Zahnfleisch Keramik	34,91
163 8	Zahnfleisch Keramik bei Implantatv.	34,91
164 0	Vestibuläre Verblendung Komposit	74,34
165 0	Zahnfleisch Komposit	20,16
201 0	Metallbasis	141,98
202 1	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	12,16
202 5	Kralle	12,16
202 6	Ney-Stiel	12,16

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag in Euro**

202 7	Auflage	12,16
202 8	Umgebungsbügel bei Diastema	12,16
203 1	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	22,27
204 1	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	30,08
205 0	Bonwillklammer	54,87
208 1	Rückenschutzplatte	39,72
208 2	Metallzahn, gegossen	39,72
208 3	Metallkaufäche, gegossen	39,72
210 0	Lösungshilfe	11,49
211 0	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,33
212 0	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	19,06
301 0	Aufstellung Grundeinheit	29,91
301 8	Aufstellung Grundeinh. bei Implantatv.	29,91
302 0	Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn	1,80
302 8	Aufst. Wachs- oder Kunststoff je Zahn bei Implantatv.	1,80
303 0	Aufstellen Metall je Zahn	2,36
341 0	Übertragung je Zahn	1,48
361 0	Fertigstellung Grundeinheit	50,23
361 8	Fertigst. Grundeinheit bei Implantatv.	50,23
362 0	Fertigstellen je Zahn	3,23
362 8	Fertigstellen je Zahn bei Implantatv.	3,23
380 0	Einfache gebogene Halte- /Stützvor.	9,91
380 5	Gebogene Auflage	9,91
381 0	Sonstige geb. Halte- und/oder Stützvor.	16,76
382 1	Weichkunststoff	54,23
382 2	Sonderkunststoff	54,23
383 0	Zahn zahnfarben hergestellt	22,75
384 0	Zahn zahnfarben hinterlegt	11,94
401 0	Aufbissbehelf m. adj. Oberfläche	133,01
402 0	Aufbissbehelf o. adj. Oberfläche	78,96
403 0	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	54,91
404 0	Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	55,40
701 0	Basis für Einzelkiefergerät	60,94
702 0	Basis bimaxilläres Gerät	128,74
703 0	Schiefe Ebene	50,95
704 0	Vorhofplatte	66,93
705 0	Kinnkappe	60,22
710 0	Aufbiss	12,02
711 0	Abschirmelement	20,49
712 1	Weichkunststoff (KFO)	53,75
712 2	Sonderkunststoff (KFO)	53,75
720 0	Schraube einarbeiten	18,30
721 0	Spezial-Schraube einarbeiten	27,15
722 0	Trennen einer Basis	7,54
730 0	Labialbogen	23,38
731 0	Labialbogen modifiziert	31,96
732 0	Labialbogen intermaxillär	36,03
733 0	Feder, offen	10,31
734 0	Feder, geschlossen	13,08
740 0	Verbindungselement/intramaxillär	27,15
741 0	Verbindungselement/intermaxillär	30,05
742 0	Verankerungselement	24,88
743 0	Einzelelement einarbeiten	12,88
744 0	Metallverbindung (KFO)	18,02
750 0	Einarmiges H-/A-Element	11,16
751 0	Mehrarmliges H-/A-Element	19,13

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro	
801 0	Grundeinheit ZE	19,36
801 8	Grundeinh. Instands. ZE/Implantatgest.	19,36
802 1	LE Sprung	8,34
802 2	LE Bruch	8,34
802 3	LE Einarbeiten Zahn	8,34
802 4	LE Basisteil Kunststoff	8,34
802 5	LE Halte- und/oder Stützzvor. einarbeiten	8,34
802 6	LE Rückenschutzplatte einarbeiten	8,34
802 7	LE Kunststoffsaattel	8,34
803 0	Retention, gebogen	36,27
804 0	Retention, gegossen	45,82
806 0	Gegossenes Basisteil	69,42
807 0	Metallverb. bei Instands./Erweiterung	18,17
808 0	Teilunterfütterung einer Basis	35,57
808 8	Teilunterfütterung/implantatgest.	35,57
809 0	Vollständige Unterfütterung	56,91
809 8	Vollst. Unterfütterung/implantatgest.	56,91
810 0	Prothesenbasis erneuern	69,64
810 8	Prothesenbasis erneuern/Implantatv.	69,64
813 0	Auswechseln Konfektionsteil	12,20
820 0	Instands. Krone/Flügel/Brückenglied	35,80
820 8	Instands. Krone/implantatgest.	35,80
861 0	Grundeinheit/Instands. KFO oder Aufbissbehelf	20,76
862 0	LE Einfügen Regulierungs- oder Halteelement	8,58
863 0	LE Erneuerung eines Elementes/intermaxillär	15,02
864 0	KFO-Basis erneuern	75,94
870 0	Remontieren KO-Gerät	54,72
933 0	Versandkosten	5,99
933 8	Versandkosten bei Implantatv.	5,99
970 0	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	13,56
S0020	Remontage-Modell	25,94
S0401	Montage eines Modellpaares in Fixator	10,39
S0402	Montage in Mittelwertartikulator	12,48
S0404	Modellmontage in individuellen Artikulator	13,51
S0407	Montage eines Gegenkiefermodells	7,66
S0408	Einstellen nach Registrat	8,31
S2301	Gussfüllung indirekt einflächig	48,44
S2302	Gussfüllung indirekt zweiflächig	56,82
S2303	Gussfüllung indirekt dreiflächig	66,94
S2304	Gussfüllung indirekt mehrflächig	70,68
S2307	Gussonlay	70,68

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Studentische Krankenversicherung (PSKV)

Gilt für Tarif PSKV.

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/PSKV 2009)

Teil II Tarifbedingungen Tarif (PSKV)

Der Versicherungsschutz

**§ 1
Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

(6) (...) 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.

Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § ~~42h~~ 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

**§ 6
Auszahlung der Versicherungsleistungen**

II

(3) Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6 MB/PSKV 2009) insoweit nicht.

Pflichten des Versicherungsnehmers

**§ 8
Beitragszahlung**

I

(6) (...) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § ~~42h~~ 153 VAG (...) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

(...) 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 § ~~42h~~ 153 VAG (...) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. (...)

Sonstige Bestimmungen

**§ 16
Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Tarif (PSKV)

- (1) Ambulante Heilbehandlung
- Erstattet werden bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie bei ambulanter Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie bei ambulanter und Haus-Entbindung Aufwendungen für
- a) ärztliche Leistungen: 100 % vom Rechnungsbetrag bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte ~~von 12.11.1982~~ in der jeweils geltenden Fassung) mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ, und diejenigen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ erstattet.
- (...)

(4) Zahnärztliche Behandlung

Erstattet werden bei notwendiger zahnärztlicher Behandlung Aufwendungen für

- a) Zahnbehandlung: 100 % vom Rechnungsbetrag bis zum 2,0fachen Satz der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte ~~vom 22.10.1987~~ in der jeweils geltenden Fassung), jedoch für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte ~~vom 12.11.1982~~ in der jeweils geltenden Fassung) bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ und für diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ.

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung

Gilt für Tarif AR.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

3. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 10) oder den Versicherer schriftlich zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ~~schriftlich~~ gekündigt wird. (...)

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich~~ Textform ~~vereinbart wurde.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung

Gilt für Tarif ARB.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

3. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 10) oder den Versicherer schriftlich zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten ~~schriftlich~~ gekündigt wird. (...)

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich~~ Textform ~~vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung

Gilt für Tarif MediR.

Teil I Allgemeine Bedingungen (AVB/MediR)

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

4. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 10) oder den Versicherer schriftlich zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten ~~schriftlich~~ gekündigt wird.

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich~~ Textform ~~vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung

Gilt für Tarif **MediTravel**.

§ 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

4. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer in Textform (vgl. § 10) oder den Versicherer schriftlich zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten ~~schriftlich~~ gekündigt wird. (...)

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung

Gilt für Tarif **RR**.

§ 2 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

4. Die Versicherung endet nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthalts. Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, so kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf ~~schriftlichen~~ Antrag in Textform (vgl. § 11) ausgedehnt werden. (...)

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AB/AVL N2009)

Gilt für Tarif **AVL N1, AVL N2, AVL N3, AVL N4**.

Teil I Allgemeine Bedingungen (AB/AVL N2009)

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Obliegenheiten

5. Der Versicherungsnehmer hat die endgültige Beendigung des Auslandsaufenthaltes dem Versicherer innerhalb eines Monats ~~schriftlich~~ in Textform (vgl. § 16) anzuzeigen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen, Anzeigen und Empfangsvollmacht

1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer (AVB/AAV 2009)

Gilt für Tarif AAV.

- § 13
Willenserklärungen und Anzeigen**
1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankenversicherung für ausländische Arbeitnehmer (AVB/NAAV 2009)

Gilt für Tarif NAAV.

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif NAAV

Sonstige Bestimmungen

- § 13
Willenserklärungen und Anzeigen**
1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, soweit nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung ausländischer Saisonarbeitskräfte

Gilt für Tarif EH 1, EH 2.

- § 2
Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes**
4. Die Versicherung endet nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, spätestens mit Beendigung des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland. Sollte sich die Dauer der Reise wider Erwarten verlängern, so kann die ursprünglich vereinbarte Versicherungsdauer vor deren Ablauf auf ~~schriftlichen~~ Antrag in Textform (vgl. § 11) ausgedehnt werden. (...)

- § 11
Willenserklärungen und Anzeigen**
- Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.~~

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Krankenrücktransportversicherung

Gilt für Tarif Parion (RTV).

AVB/Parion 2009

Der Versicherungsschutz

§ 2
Versicherungsfähigkeit,
Abschluss, Dauer und Ende
des Versicherungsvertrages

4. Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer eines Versicherungsjahres abgeschlossen. Dieser Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer oder von der Personenvereinigung als Vertreter des Versicherungsnehmers ~~schriftlich~~ in Textform (vgl. § 15) gekündigt wird. (...)

Sonstige Bestimmungen

§ 15
Willenserklärungen und
Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der ~~Schriftform, sofern nicht aus-~~
~~drücklich Textform vereinbart ist.~~