



Versicherungsbedingungen und -informationen

Ergänzungsversicherungen zur GKV

Inhaltsverzeichnis

	Seite
▶ Allgemeine Versicherungsbedingungen und dazugehörige Tarife (soweit diese beantragt werden)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife	DRK 3600 01.14 5
Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Ring-Schutz-Tarife	DRK 3601 01.13 14
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif AmbulantBASISpur	DRK 3657 01.13 15
– Beschreibung Tarif AmbulantSTARTpur	DRK 3659 01.13 18
– Beschreibung Tarif AmbulantPLUS/AmbulantPLUSpur	DRK 3661 01.13 22
– Beschreibung Tarif ZahnBASISpur	DRK 3665 01.14 26
– Beschreibung Tarif ZahnSTARTpur	DRK 3667 01.14 29
– Beschreibung Tarif ZahnPLUS/ZahnPLUSpur	DRK 3669 01.14 32
– Beschreibung Tarif ZahnTOP/ZahnTOPpur	DRK 3671 01.14 36
– Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen	DRK 3673 01.15 39
– Beschreibung Tarif KlinikUNFALLpur	DRK 3749 01.13 41
– Beschreibung Tarif KlinikSTART/KlinikSTARTpur	DRK 3751 01.14 45
– Beschreibung Tarif KlinikPLUS/KlinikPLUSpur	DRK 3753 01.13 50
– Beschreibung Tarif KlinikTOP1/KlinikTOP1pur	DRK 3756 10.13 55
– Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen	DRK 3757 10.13 60
– Beschreibung Tarif H	DRK 3635 01.13 62
Sonderbedingungen für die Beitragssenkung im Alter, Tarif BSA	DRK 3608 01.13 63
Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif futura z	DRK 3638 01.13 64
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro	DRK 3602 01.14 65
Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Tarif pro	DRK 3603 01.13 73
in Verbindung mit:	
– Beschreibung Tarif pro	DRK 3633 01.13 74

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	DRK 3605 01.14	75
in Verbindung mit:		
– Beschreibung Tarif PflegeTOP	DRK 3760 01.13	82
– Leistungsverzeichnis für Assistenzleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung	DRK 3764 01.13	85

► Weitere Informationen zur Krankenversicherung

Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung	DRK 3139 01.15	87
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen	DRK 1705 01.15	88
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	DRK 1701 01.13	93
Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe	DRK 3656 01.14	94
Satzung Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	DRK 1700 08.11	95

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2014)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) - §§ 1 - 20

Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 43 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

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),

Nr. 1

Zugunsten des Versicherungsnehmers gilt als Versicherungsfall auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung sowie Standard-, Regel- und Auffrischungsimpfungen einschließlich der Impfstoffe. Dies gilt auch dann, wenn diese Impfungen im Zusammenhang mit einer Auslandsreise stehen. Wird die Vorsorgeuntersuchung in Einrichtungen der in Tarifbedingung Nr. 13 bezeichneten Art durchgeführt, leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. nach Maßgabe dieser Bestimmung.

- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt

wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Nr. 2

Abweichend von § 1 Absatz 4 MB/KK 2009 besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in Tarifbedingung Nr. 41. Bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt.

5

Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder 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.

Nr. 3

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. begrenzt seine Leistungen bei den in § 1 Absatz 5 MB/KK 2009 aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

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 einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 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 § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Nr. 4

Wechselt eine versicherte Person in Tarife der substitutiven Krankheitskostenvollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, müssen zwingend die Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert nach § 12 VAG mitversichert werden, sofern nach den Besonderen Bedingungen die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

§ 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.

Nr. 5

Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Behandlungen geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen.

Nr. 6

Bei einem Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des neuen Tarifs oder der neuen Tarifstufe mit den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Soweit sich bei Änderungen des Versicherungsschutzes Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KK 2009) entsprechend.

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. 7

Werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

Nr. 8

Bei der Bewertung des Versicherungsschutzes im Rahmen des § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 wird die Höhe der tariflichen Selbstbeteiligung nicht berücksichtigt.

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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3

Wartezeiten

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

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

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

Nr. 9

Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Kosten. Für den Ehegatten einer mindestens seit 8 Monaten versicherten Person verzichtet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. auch auf die besonderen Wartezeiten unter der gleichen Voraussetzung, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

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

Nr. 10

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

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

Nr. 11

Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

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

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

Nr. 12

Soweit ein Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, dürfen für medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlungen wegen Krankheit auch sogenannte nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes in Anspruch genommen werden. Die Therapeuten müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß Artikel 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. ist die entsprechende Zulassung des Therapeuten vorzulegen.

Nr. 13

Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat. Darüber hinaus werden die Kosten für ärztliche Untersuchungen in Krankenhausambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren im tariflichen Umfang erstattet, sofern die Zentren über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen, die Abrechnung nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen erfolgt und ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht.

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

Nr. 14

Rezepte sind mit der dazugehörigen Behandlungsrechnung oder mit der vom Arzt auf dem Rezept vermerkten Diagnose erstattungsfähig.

Nr. 15

Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, kosmetische und hygienische Mittel gelten nicht als Arzneimittel. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

Nr. 16

Sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte) sind nicht erstattungsfähig.

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

Eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung liegt dann vor, wenn die Behandlung einer Krankheit nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann und der stationäre Aufenthalt nicht anderen Gründen als der Heilbehandlung dient. Dies gilt auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt. Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Nr. 18

Sieht ein Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

Nr. 19

Soweit ein Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

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.

Nr. 20

Über § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankenhauskostenversicherungen und bei Krankheitskostenversicherungen mit Kostenersatz für stationäre Krankenhausbehandlung in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben. Tarifbedingung Nr. 17 Absatz 1 gilt sinngemäß.

Nr. 21

Abweichend von § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 kann sich der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten;
- medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von 4 Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden;
- es sich um eine Notfallweisung handelte;
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

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

7 Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,- Euro 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.

§ 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;

Nr. 22

Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.

Nr. 23

Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Nr. 24

Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK 2009.

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

Nr. 25

Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK 2009 wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der tariflichen Leistung gezahlt, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

- 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;

Nr. 26

Die Regelung des § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KK 2009 gilt auch für andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) genannte Leistungserbringer.

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 27

Zugunsten des Versicherungsnehmers leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang. Damit entfällt die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK 2009.

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2

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

3

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

4

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

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1

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

Nr. 28

Als Nachweis im Sinne des § 6 Absatz 1 MB/KK 2009 werden insbesondere die Urschriften der Rechnungen, Bescheinigungen und Urkunden gefordert. Sie müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, Behandlungsdauer, Tag und Art der einzelnen Verrichtungen enthalten. Hat der Versicherungsnehmer die Urschriften bereits einem anderen Kostenträger eingereicht, so genügt als Nachweis eine Zweitschrift, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistung vermerkt hat.

Bei Verletzung dieser Bestimmungen gelten die in § 10 Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Rechtsfolgen entsprechend.

Nr. 29

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. erbringt seine Leistungen auch auf nicht bezahlte Rechnungen.

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

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

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

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

6 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Nr. 30

Ist ein Krankenhausaussweis ausgegeben worden, gilt insoweit das Abtretungsverbot gemäß § 6 Absatz 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

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

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.

Nr. 31

Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus dem Tarif bzw. der Tarifstufe, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

3 Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4 Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

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

6 Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, 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 § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Beitragsanteile 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 § 12h VAG (siehe Anhang) 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 der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung.

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

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

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

§ 8a **Beitragsberechnung**

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

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

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

Nr. 32
Der tariflich festgelegte Vorhundertersatz beträgt 5.

Nr. 33
Unter den in § 8b Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß Tarifbedingung Nr. 41 angepasst werden.

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. 34
Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G., ob gleichzeitig in Krankheitskosten- und Krankenhauskostentarifen betragsmäßig festgelegte Tarifleistungen anzupassen sind.

§ 9 **Obliegenheiten**

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

Nr. 35
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung.

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 Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

Nr. 36

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ist im Tarif nichts anderes vereinbart und beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis frühestens zum Ablauf einer Mindestvertragsdauer von 24 Monaten mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder

eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

Nr. 37

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfanges nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.

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

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

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

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

Nr. 38

Abweichend von § 13 Absatz 8 MB/KK 2009 muss die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt werden; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

9 Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

1 In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

2 Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach 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. 39

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verzichtet auf sein Kündigungsrecht nach § 14 Absatz 2 MB/KK 2009.

3 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

Nr. 40

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

5 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

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

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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

Nr. 41

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. (siehe Anlage). Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 33 erfolgen.

Nr. 42

Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Nr. 43

Als Schriftform im Sinne des § 16 MB/KK 2009 gilt auch die Textform (d. h. z. B. per Brief, Telefax oder E-Mail).

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

2 Abs. 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.

Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Beitragszuschläge bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) bzw. Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) - Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern - wird kein Beitragszuschlag erhoben.

Eine Anpassung des jeweiligen Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 33 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex) erfolgen.

Land	Beitragszuschlag
USA	50 %
Kanada	50 %
Japan	50 %
Schweiz	20 %
Alle anderen Länder außerhalb der EU bzw. des EWR	0 %

Tarif AmbulantBASISpur

Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

- 100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 125,- EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 125,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantBASISpur gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
- 2 Gesetzliche Zuzahlungen
- 3 Heilbehandlung im Ausland

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen

- 1 Kostennachweise
- 2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV
- 3 Vorleistung der GKV

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif AmbulantBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantBASISpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 125,- EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr
- Hilfsmittel
- Arznei- und Verbandmittel
- Haushaltshilfen.

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 125,- EUR pro Kalenderjahr.

3 Heilbehandlung im Ausland

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise

Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV

Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantBASISpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantBASISpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistung der GKV

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Tarif AmbulantSTARTpur Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

- 100 % Sehhilfen bis 250,- EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 100 % LASIK-Zuschuss bis 500,- EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
- 100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 250,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 250,- EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 80 % Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte, Arzneimittel, bis 250,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantSTARTpur gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Sehhilfen
- 2 Operationen zur Sehschärfekorrektur
- 3 Hilfsmittel
- 4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
- 5 Naturheilkunde
- 6 Arzneimittel
- 7 Gesetzliche Zuzahlungen
- 8 Heilbehandlung im Ausland

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

E Sonstige Bestimmungen

- 1 Kostennachweise
- 2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV
- 3 Vorleistung der GKV

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif AmbulantSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Sehhilfen

Die tariflichen Leistungen für Brillen (Fassungen und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250,- EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) besteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu insgesamt 500,- EUR für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit. Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS und nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen beim Versicherer werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden nicht berücksichtigt.

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel

Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250,- EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250,- EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Naturheilkunde

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH),
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 begrenzt auf insgesamt 250,- EUR pro Kalenderjahr.

Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

6 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel, die im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 begrenzt auf insgesamt 250,- EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr
- Hilfsmittel
- Arznei- und Verbandmittel
- Haushaltshilfen.

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 250,- EUR pro Kalenderjahr.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif AmbulantSTARTpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif AmbulantPLUS umzustellen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt; d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

8 Heilbehandlung im Ausland

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

4 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif AmbulantSTARTpur in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise

Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV

Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantSTARTpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantSTARTpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistung der GKV

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Tarif AmbulantPLUS

Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

- 100 % Sehhilfen bis 375,- EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 100 % LASIK-Zuschuss bis 1.000,- EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
- 100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 750,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 750,- EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
- 80 % Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte, Arzneimittel, bis 750,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250,- EUR im Kalenderjahr
- 100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Sehhilfen
- 2 Operationen zur Sehschärfekorrektur
- 3 Hilfsmittel
- 4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
- 5 Naturheilkunde
- 6 Arzneimittel
- 7 Gesetzliche Zuzahlungen
- 8 Heilbehandlung im Ausland

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen

- 1 Kostennachweise
- 2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV
- 3 Vorleistungen

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif AmbulantPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Sehhilfen

Die tariflichen Leistungen für Brillen (Fassungen und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 375,- EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) besteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu insgesamt 1.000,- EUR für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit. Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTART (nur für den geringeren Leistungsbetrag nach Tarif AmbulantSTART) und nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen beim Versicherer werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden nicht berücksichtigt.

Bei einem Wechsel aus dem Tarif AmbulantSTARTpur in den Tarif AmbulantPLUS werden die Zeiten der aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur ebenfalls berücksichtigt. Dies gilt allerdings nur für den geringeren Leistungsbetrag nach Tarif AmbulantSTARTpur (500,- EUR); nach Ablauf von weiteren drei Kalenderjahren seit Tarifbeginn dieses Tarifes entsteht der volle Anspruch (1.000,- EUR).

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel

Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750,- EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750,- EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Naturheilkunde

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH),
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 begrenzt auf insgesamt 750,- EUR pro Kalenderjahr.

Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

6 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel, die im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 begrenzt auf insgesamt 750,- EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr
- Hilfsmittel
- Arznei- und Verbandmittel
- Haushaltshilfen.

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 250,- EUR pro Kalenderjahr.

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

8 Heilbehandlung im Ausland

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise

Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber der GKV

Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantPLUS genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantPLUS für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistung der GKV

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif AmbulantPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen:

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (AmbulantPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif AmbulantPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Tarif ZahnBASISpur Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- | | |
|-------|---|
| 100 % | Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung |
| 50 % | Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung |
| 50 % | Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung |
| 50 % | Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat |

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000,- EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000,- EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000,- EUR jährlich.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnBASISpur gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnBASISpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind auch gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsan-

spruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250,- EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50,- EUR. Es gilt:
50 % von 250,- EUR = 125,- EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50,- EUR = 75,- EUR Erstattungsbetrag.

2.4 Erstattungshöchstsätze

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250,- EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500,- EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750,- EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000,- EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000,- EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000,- EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne,

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nummern 1000 - 1040 GOZ.

3.3 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.4 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Tarif ZahnSTARTpur

Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
- 50 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 50 % für Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 50 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150,- EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- 50 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000,- EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000,- EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000,- EUR jährlich.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnSTARTpur gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnSTARTpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind auch gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Nummern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150,- EUR pro Kalenderjahr zu 50 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 75,- EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250,- EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50,- EUR. Es gilt:
50 % von 250,- EUR = 125,- EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50,- EUR = 75,- EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250,- EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500,- EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750,- EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000,- EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000,- EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000,- EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 500,- EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktion wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnSTARTpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif ZahnSTARTpur vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt; d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbegins des Tarifs.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

4 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif ZahnSTARTpur in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

Tarif ZahnPLUS

Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
- 70 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 70 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 70 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150,- EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- 70 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000,- EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000,- EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 4.000,- EUR jährlich.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Unterbrechung des Optionsrechts
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind auch gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Nummern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 70 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 70 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150,- EUR pro Kalenderjahr zu 70 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 105,- EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250,- EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50,- EUR. Es gilt:
70 % von 250,- EUR = 175,- EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50,- EUR = 125,- EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250,- EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500,- EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750,- EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000,- EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000,- EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 4.000,- EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 700,- EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktion wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt; d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif ZahnPLUS in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (ZahnPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif ZahnPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Tarif ZahnTOP

Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
- 90 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
- 90 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
- 90 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150,- EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
- 90 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000,- EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000,- EUR. Ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnTOP gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
- 2 Erstattungshöhe
- 3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif ZahnTOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnTOP.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind auch gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Nummern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe

2.1 Zahnersatz

Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150,- EUR pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 135,- EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:

Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250,- EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50,- EUR. Es gilt:
90 % von 250,- EUR = 225,- EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50,- EUR = 175,- EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze

Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250,- EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500,- EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750,- EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000,- EUR
- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000,- EUR

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:

Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 900,- EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktion wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht

3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnTOP auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (ZahnTOPpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif ZahnTOP bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

(Stand 1.1.2015)

Bis zu den nachstehend aufgeführten Preisen werden wir ohne weitere Nachweise und Prüfung von angemessenen Kosten ausgehen.

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR	Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
1	Modell	7,16	301	Aufstellung Grundeinheit	40,03
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	16,60	302	Aufstellung Wachs- od. Kunststoff, je Zahn	2,27
3	Set-up, Wax-up	10,70	303	Aufstellung Metall, je Zahn	3,31
5	Stumpfmmodell, Sägemodell, Fräsmodell, Set-up Modell für KFO, Modell nach Überabdruck	12,02	341	Übertragung je Zahn	2,33
6	Zahnkranz	5,81	361	Fertigstellung Grundeinheit	55,68
7	Zahnkranz sockeln	6,65	362	Fertigstellung je Zahn	4,14
11	Modellpaar trimmen/Fixator	11,99	380	Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung	11,76
12	Einstellen in Mittelwertartikulator	14,38	381	Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung	18,46
13	Modellpaar sockeln	25,04	382	Weichkunststoff, Sonderkunststoff	103,32
20	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	12,91	383	Zahn zahnfärbend hergestellt	40,51
21	Basis für Autopolymerisat; individueller Löffel, Funktionslöffel, Bissregistrierung, Stützstiftregistrierung, Aufstellung	24,38	384	Zahn zahnfärbend hinterlegt	12,72
22	Bisswall	7,02	401	Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	142,93
23	Registrierplatte und -stift auf Basen	31,32	402	Aufbissbehelf ohne adjustierter Oberfläche	84,84
24	Übertragungskappe	27,36	403	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	59,02
31	Provisorische Krone, Einlagefüllung; Brückenglied	35,87	404	Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	50,71
32	Formteil	23,32	701	Basis für Einzelkiefergerät	65,47
101	Wurzelstiftkappe	84,39	702	Basis für bimaxilläres Gerät	138,34
102	Vollkrone, Teilkronen, Brückenanker, Metall oder für Verblendung, Flügel für Adhäsivbrücke	93,90	703	Schiefe Ebene	54,74
103	Vorbereiten Krone, Krone einarbeiten, Stiftaufbau einarbeiten	16,60	704	Vorhofplatte	71,92
104	Modellation gießen	24,88	705	Kinnkappe	64,70
105	Stiftaufbau	58,62	710	Aufbiss	12,91
110	Brückenglied	70,05	711	Abschirmelement	22,01
120	Teleskopierende Krone	281,15	712	Weichkunststoff (KFO), Sonderkunststoff	53,94
121	Teleskopierende Primär- od. Sekundärkrone	186,73	720	Schraube einarbeiten	18,44
133	Individuelles Geschiebe	233,86	721	Spezialschraube einarbeiten	26,18
134	Konfektions-Geschiebe, Konfektions-Anker	131,77	722	Trennen einer Basis	8,10
134-7	Primär/Sek.-Teil Konf. Anker, Wiederbefestigung Sek.-Teil	77,09	730	Labialbogen	23,98
136	Gefrästes Lager	66,32	731	Labialbogen modifiziert	32,32
137	Schubverteilungsarm	67,15	732	Labialbogen intermaxillär	38,72
150	Metallverbindung nach Brand	35,69	733	Feder, offen	11,08
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	14,89	734	Feder, geschlossen	13,92
160	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	58,21	740	Verbindungselement intramaxillär	27,89
161	Zahnfleisch Kunststoff	17,34	741	Verbindungselemente intermaxillär	32,28
162	Verblendung Keramik	104,93	742	Verankerungselement	26,74
163	Zahnfleisch Keramik	37,55	743	Einzelelement einarbeiten	13,85
164	Verblendung Komposit	79,87	744	Metallverbindung KFO	19,36
165	Zahnfleisch Komposit	21,53	750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	11,99
201	Metallbasis	152,54	751	Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	18,46
202	Einarmige gegossene Haltevorrichtung, Krallen, Ney-Stiel, Auflage, Umgehungsbügel bei Diastema	14,44	801	Grundeinheit ZE	21,98
203	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,94	802	Leistungseinheit Sprung, Bruch, Einarbeiten Zahn, Basisteil Kunststoff, Halte- und/oder Stützvorrichtung Kunststoffsaattel, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,70
204	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	36,89	803	Retention, gebogen	51,42
205	Bonwillklammer	50,89	804	Retention, gegossen	63,01
208	Rückenschutzplatte, Metallzahn, Metallkauffläche, gegossen	46,42	806	Gegossenes Basisteil	78,74
210	Lösungshilfe	18,97	807	Metallverbindung bei Instands./Erweiterung	26,53
211	Unterfütterbarer Abschlussrand	22,58	808	Teilunterfütterung einer Basis	46,21
212	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	25,66	809	Vollständige Unterfütterung	64,68
			810	Prothesenbasis erneuern	78,83
			813	Auswechseln Konfektionsteil	16,74
			820	Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied	42,05
			861	Grundeinheit./Instandsetzung KFO oder Aufbissbehelf	19,84
			862	LE Einf. Regulierungs- oder Halteelement	9,23
			863	LE Erneuerung eines Elementes/intermax.	16,15
			864	KFO-Basis erneuern	73,78
			870	Remontieren KFO Gerät	58,79
			933	Versandkosten	4,96
			970	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	14,57

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR	Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
1001	Remontage-Modell	31,75	1026	Deckgold, Bonder aufbrennen/verzinnen/ Metallfläche konditionieren, silanisieren, Keramik/gegossenes Glas ätzen	10,16
1002	Spezialmodell	43,66	1027	Systemaufstellung	71,70
1003	Stumpf sägen und vorbereiten	6,61	1028	Wiederherstellung des Sekundärteiles einer Teleskop-/Konuskrone	182,98
1004	Modellmontage in individuellen Artikulator I	29,12	1029	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	206,68
1005	Montage eines Gegenkiefermodells	10,59	1030	Zuschlag für Arbeiten unter dem Stereo- mikroskop, je Werkstück	22,02
1006	Einstellen nach Registrat	10,73	1031	Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,55
1007	Metallarmierung für provisorische Versorgung	44,99	1032	Röntgen- und/oder Implantatbohr- schablone, Grundeinheit	137,25
1008	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, einflächig	74,80	1033	Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehene Implantat	18,96
1009	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, zweiflächig	88,04	1034	Mantelkrone-Kunststoff	84,92
1010	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, dreiflächig	101,26	1035	Mantelkrone-Keramik, Keramik, Glas- keramik-Krone	194,07
1011	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, mehrfächig	107,89	1036	Steg	104,82
1012	Guss-, Kunststoff-Onlay, Galvano-Onlay	107,89	1037	Steglasche/Stegreiter	60,00
1013	Galvanokrone	93,19	1038	Steggeschiebe individuell	122,89
1014	Galvanoteilkrone	107,89	1039	Friktionsstift, Federbolzen, Schraube, Bolzen einarbeiten	52,08
1015	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, einflächig	175,98	1040	Riegel individuell	200,22
1016	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, zweiflächig	185,25	1041	Abnehmbare Dauerschleife mit adjustierter Oberfläche aus Metall	189,86
1017	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, dreiflächig	196,36	1042	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfes	19,60
1018	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, mehrflächig	207,47	1043	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungs- element	8,83
1019	Keramik-, Glaskeramik-Onlay/-Teilkrone	207,47	1044	Remontieren eines Gerätes ohne Kunst- stoffbasis	53,95
1020	Verblendschale, Veneer (Frontzähne)	218,59			
1021	Keramik-, Glaskeramik-Brückenglied	196,36			
1022	Keramik-Schulter	29,12			
1023	Kauffläche oder Frontzahn nach gnatholo- gischen Kriterien gestaltet in Keramik	35,73			
1024	Kauffläche oder Frontzahn nach gnatholo- gischen Kriterien gestaltet in Metall/ gegossenem Glas	29,12			
1025	Modellgussteil konditionieren	15,24			

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

Die genannten Beträge enthalten nicht die gesondert berechenbaren Materialkosten und nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer.

Änderungen sind vorbehalten.

Tarif KlinikUNFALLpur

Ergänzungsschutz für stationäre Behandlung bei Unfall

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung oder 40,- EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikUNFALLpur gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1	Versicherungsfähigkeit	3	Unfallbegriff
2	Wartezeiten		

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1	Stationäre Heilbehandlung in Deutschland	2	Stationäre Heilbehandlung im Ausland
1.1	Ärztliche Leistungen	2.1	Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
1.2	Stationäre Unterbringung	2.2	Krankentransport zum Krankenhaus
1.3	Krankenhauswahl	2.3	Rückführungskosten
1.4	Krankenhaustagegeld	2.4	Bestattungskosten/Überführungskosten
1.5	Gesetzliche Zuzahlungen		
1.6	Sofortschutz	3	Leistungsausschlüsse
1.6.1	Krankenhaus-Sofortschutz		
1.6.2	Geltungsbereich		
1.6.3	Voraussetzungen		

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Versicherungsfähig nach dem Tarif KlinikUNFALLpur sind Personen,

- die in einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder
- deren Erstattungsleistungen nach diesem Tarif zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen oder
- die Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Endet die Versicherungsfähigkeit, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B, 1.5, sofern diese nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.6.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhaustagegeldgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250,- EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,- EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

1.6 Sofortschutz

1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikUNFALLpur für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.6.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und
- zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (040-4124 4460) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

3 Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und deren Folgen:

- wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden,
- wenn diese als Luftfahrzeugführer bzw. Luftbesatzungsmitglied verursacht werden,
- bei Geistes- oder Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, auch soweit diese auf Trunkenheit (sofern der Blutalkoholgehalt bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen 0,8 Promille, bei allen anderen Unfällen 1,3 Promille überschreitet) oder der Einnahme von Rauschmitteln oder auf epileptischen Anfällen beruhen,
- für die eine vorsätzliche Straftat der versicherten Person zumindest mitursächlich ist,
- die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person oder durch Strahlen verursacht werden (ausgenommen Heilmaßnahmen und Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, die durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren),
- die durch Kernenergie verursacht werden,
- bei der Ausübung von Motorrennsport,
- bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen (ausgenommen Zeckenbisse) oder geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen (ausgenommen Tollwut und Wundstarrkrampf),
- bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Versicherungsschutz besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.),
- bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen,
- bei Schäden an Bandscheiben.

C Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufungen gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Tarif KlinikSTART

Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung oder 40,- EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikSTART gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1	Versicherungsfähigkeit	3	Unfallbegriff
2	Wartezeiten	4	Schwere Erkrankungen

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1	Stationäre Heilbehandlung in Deutschland	2	Stationäre Heilbehandlung im Ausland
1.1	Ärztliche Leistungen	2.1	Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
1.2	Stationäre Unterbringung	2.2	Krankentransport zum Krankenhaus
1.3	Krankenhauswahl	2.3	Rückführungskosten
1.4	Krankenhaustagegeld	2.4	Bestattungskosten/Überführungskosten
1.5	Gesetzliche Zuzahlungen		
1.6	Sofortschutz		
1.6.1	Krankenhaus-Sofortschutz		
1.6.2	Geltungsbereich		
1.6.3	Voraussetzungen		

C Optionsrecht

1	Ausübung der Option	5	Beantragungsfrist
2	Voraussetzungen	6	Unterbrechung des Optionsrechts
3	Alterungsrückstellung	7	Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
4	Gesundheitsprüfung		

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

1	Tarifbezeichnung	4	Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
2	Annahmefähigkeit	5	Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
3	Ende der Versicherungsfähigkeit	6	Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif KlinikSTART kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gerzert oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL.IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.5, sofern diese nachweislich auf

- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. Abschnitt A 4) zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.6.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250,- EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,- EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

1.6 Sofortschutz

1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikSTART für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.6.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt oder
- es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. Abschnitt A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (040-4124 4460) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikSTART das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikSTART in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikSTART auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen:

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikSTARTpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) entfallen die Sonderbedingungen und die Versicherung wird automatisch nach dem Tarif KlinikSTART bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen weitergeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) ohne Bildung von Alterungsrückstellungen weiterführen, kann er die Vertragsänderung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Wegfall der Sonderbedingungen durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung widerrufen.

5 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300,- EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

Tarif KlinikPLUS

Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung oder 40,- EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Tarifleistungen ab Alter 60

Der Tarif KlinikPLUS erstattet ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, immer die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland und somit auch dann, wenn es sich nicht um einen Unfall oder eine bestimmte schwere Erkrankung nach diesem Tarif handelt. Dies gilt auch für den Krankenhaus-Sofortschutz.

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1	Versicherungsfähigkeit	3	Unfallbegriff
2	Wartezeiten	4	Schwere Erkrankungen

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1	Stationäre Heilbehandlung in Deutschland	2	Stationäre Heilbehandlung im Ausland
1.1	Ärztliche Leistungen	2.1	Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
1.2	Stationäre Unterbringung	2.2	Krankentransport zum Krankenhaus
1.3	Krankenhauswahl	2.3	Rückführungskosten
1.4	Krankenhaustagegeld	2.4	Bestattungskosten/Überführungskosten
1.5	Gesetzliche Zuzahlungen		
1.6	Sofortschutz		
1.6.1	Krankenhaus-Sofortschutz		
1.6.2	Geltungsbereich		
1.6.3	Voraussetzungen		

C Optionsrecht

1	Ausübung der Option	5	Beantragungsfrist
2	Voraussetzungen	6	Unterbrechung des Optionsrechts
3	Alterungsrückstellung	7	Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
4	Gesundheitsprüfung		

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

1	Tarifbezeichnung	4	Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
2	Annahmefähigkeit	5	Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
3	Ende der Versicherungsfähigkeit	6	Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif KlinikPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikPLUS.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gerissen oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

4 Schwere Erkrankungen

- Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
 - akuter Herzinfarkt
 - bakterielle Meningitis/Enzephalitis
 - akutes Nierenversagen
 - Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
 - Koma oder Wachkoma
 - Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
 - Multiple Sklerose
 - operationspflichtiges Aortenaneurysma
 - Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
 - Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 60. Lebensjahres bestehen die Leistungsansprüche gemäß Abschnitt B 1.1 bis 1.6 unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung.

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.5, sofern diese nachweislich auf

- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. Abschnitt A 4) zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.6.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250,- EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,- EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

1.6 Sofortschutz

1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikPLUS für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.6.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt oder
- es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. Abschnitt A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (040-4124 4460) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikPLUS vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikPLUS in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen:

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif KlinikPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300,- EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

Tarif KlinikTOP1

Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

(Stand 1.10.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Zweibettzimmer
- 100 % Einbettzimmer (45,- EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- 40,- EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikTOP1 gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- | | | | |
|---|------------------------|---|-------------|
| 1 | Versicherungsfähigkeit | 2 | Wartezeiten |
|---|------------------------|---|-------------|

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- | | | | |
|-----|--|-------|--|
| 1 | Stationäre Heilbehandlung in Deutschland | 1.7 | Sofortschutz |
| 1.1 | Ärztliche Leistungen | 1.7.1 | Krankenhaus-Sofortschutz |
| 1.2 | Stationäre Unterbringung | 1.7.2 | Geltungsbereich |
| 1.3 | Krankenhauswahl | 1.7.3 | Voraussetzungen |
| 1.4 | Krankenhaustagegeld | 2 | Stationäre Heilbehandlung im Ausland |
| 1.5 | Ambulante Operationen | 2.1 | Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus |
| 1.6 | Gesetzliche Zuzahlungen | 2.2 | Krankentransport zum Krankenhaus |
| | | 2.3 | Rückführungskosten |
| | | 2.4 | Bestattungskosten/Überführungskosten |

C Optionsrecht

- | | | | |
|---|-----------------------|---|---|
| 1 | Ausübung der Option | 5 | Beantragungsfrist |
| 2 | Voraussetzungen | 6 | Unterbrechung des Optionsrechts |
| 3 | Alterungsrückstellung | 7 | Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz |
| 4 | Gesundheitsprüfung | | |

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| 1 | Tarifbezeichnung | 4 | Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40 |
| 2 | Annahmefähigkeit | 5 | Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag |
| 3 | Ende der Versicherungsfähigkeit | 6 | Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur) |

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif KlinikTOP1 kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die in Abschnitt B 1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.6.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.7.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung, an dem dieser Zuschlag erhoben wird, eine Selbstbeteiligung von 45,- EUR abgezogen. Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gerzert oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt darüber hinaus jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250,- EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß

- Abschnitt B 1.1 und 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25,- EUR,
- Abschnitt B 1.2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15,- EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

- einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation in einem nach Abschnitt B 1.3 anerkannten Krankenhaus, von einem dort angestellten liquidationsberechtigten Ober- oder Chefarzt bzw. für dieses Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante, eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation in Kenntnis zu setzen.

1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

1.7 Sofortschutz

1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Behandlung ersetzenden ambulanten Operation gemäß Abschnitt B 1.5 besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikTOP1 für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

1.7.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.7.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.7.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird eine stationäre Behandlung bzw. eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation gemäß Abschnitt B 1.5 durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (040-4124 4460) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000,- EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikTOP1 das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

Die Hinzuvversicherung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe sowie die Erhöhung eines Krankenhaustagegeldes auf die Höhe der in Abschnitt B 1.2 genannten Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers steht der zuvor beschriebenen Umstellung in leistungsstärkere stationäre Zusatztarife gleich.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1 vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikTOP1 in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 31) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten EUR-Beträge zu erhöhen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Erfolgt auf Grundlage des § 8b Abs. 1 Teil I eine Erhöhung der Selbstbeteiligung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein zu diesem Zeitpunkt in Höhe der Selbstbeteiligung bestehendes Krankenhaustagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung im gleichen Umfang zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Erhöhung keine Beitragsrückstände bestehen und keine wirksame Kündigung vorliegt. Das Recht zur Erhöhung des Krankenhaustagegeldes entfällt, wenn diese nicht spätestens bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Selbstbeteiligung gemäß § 8b Abs. 3 Teil I beantragt wird.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikTOP1 auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen:

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikTOP1pur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif KlinikTOP1 bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

F Dienstleistungsangebot des Versicherers

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300,- EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen

(Stand 1.10.2013)

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALL(pur), KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) genannten Voraussetzungen erbracht. Der Sofortschutz umfasst Informations-, Beratungs-, Vermittlungs- und Organisationsleistungen. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht für die unter den Ziffern 1.1 und 1.2 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

Beantragen Sie Ihre Sofortschutz-Leistungen unverzüglich über das Notfalltelefon unter der Nummer 040-4124 4460. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

Krankenhaus-Sofortschutz

1 Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme

Bei einer stationären Heilbehandlung werden auf Wunsch folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu den jeweils genannten Höchstsätzen übernommen. Die Höchstsätze gelten je versicherte Person und je Versicherungsfall.

Anmeldeservice

Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inklusive der Organisation eines Telefon- und Fernsehanschlusses und Kostenübernahme bis insgesamt 50,- EUR.

Menüservice

Organisation einer Essenslieferung als Alternative zur Krankenhausverpflegung und Kostenübernahme bis insgesamt 50,- EUR.

Besorgung von notwendigen Utensilien

Organisation von notwendigen Utensilien wie z. B. Hygiene-Produkte und Kostenübernahme bis insgesamt 50,- EUR oder alternativ hierzu der einmalige Transport von Kleidung und notwendigen Utensilien bis zu einer Entfernung von 50 Kilometern vom Wohnort zum Krankenhaus.

Besorgung von Unterhaltungsmedien/Spielsachen

Organisation von Unterhaltungsmedien wie z. B. Zeitschriften, Büchern sowie ggf. Spielsachen für versicherte Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 50,- EUR.

Hotelunterbringung

Organisation der Unterbringung von Angehörigen in einem dem Krankenhaus nahegelegenen Hotel, sofern dies für den Krankenhausbesuch erforderlich ist und Kostenübernahme bis insgesamt 500,- EUR.

Rooming-In

Organisation der Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes durch die Eltern ins Krankenhaus und für einen Aufenthalt der Eltern im Krankenhaus. Kostenübernahme bis insgesamt 500,- EUR.

Schülernachhilfe

Organisation einer Schülernachhilfe nach stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen für den versicherten Schüler oder minderjährige Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 500,- EUR.

Vermittlung von Betreuungen

Vermittelt und organisiert werden im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit folgende Dienstleistungen inklusive Kostenübernahme für die Dauer von bis zu jeweils fünf Tagen:

- Betreuung von minderjährigen Kindern
- Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
- Betreuung von Haustieren

Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus am Wohnort

Organisation und Kostenübernahme einer Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes bei ärztlich bestätigter Tauglichkeit für einen Bodentransport.

2 Krankenhaus-Anschlussilfe mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden für die versicherte Person bei nachgewiesener Erforderlichkeit die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu fünf Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Durchführung einer nach Tarif KlinikTOP(pur) oder KlinikTOP1(pur) versicherten, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 1.000,- EUR je versicherte Person und je Versicherungsfall.

Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.

Fahrdienst

Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst (Hin- und Rückfahrt) zu Ärzten, Behörden, Krankengymnasten oder anderen Therapeuten und Therapien organisiert.

Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl des Betroffenen durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, den Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebeiselt, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

3 Reha-Management

3.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen zu den nachfolgend genannten Themenbereichen sowie Kontaktdaten entsprechender Berater:

- Rehabilitationsberater
- Behinderten- und Krankentransport
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbände und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- Praktische Ärzte in Wohnnähe
- Gartenhilfe, Kinderbetreuung und Nachhilfe
- Reparaturdienste (Kleinarbeiten zu Hause)

3.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Unterstützung bei Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

3.3 Berufliche Rehabilitation

3.3.1 Grundsätzliches zum Anspruch auf berufliche Rehabilitation
Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

3.3.2 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern und Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

3.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

3.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

Ring-Schutz-Tarife Krankenhaustagegeldversicherung Tarif H

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Anspruch auf das versicherte Krankenhaustagegeld besteht ohne zeitliche Begrenzung und ohne Kostennachweis bei medizinisch notwendiger stationärer

a) Krankenhausbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Entbindung und Fehlgeburt,

b) Tbc-Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

Bei teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von 2 Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Sonderbedingungen für die Beitragssenkung im Alter (BSA)

Modifizierte Beitragszahlung

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Diese Sonderbedingungen können in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. für Tarife vereinbart werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung zugrunde liegen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten entsprechend. Die Sonderbedingungen gelten für die Dauer des Bestehens der Krankheitskostenversicherung.

Beitragssenkung im Alter

1 Vom Ersten des Monats an, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, ermäßigt sich die monatliche Beitragszahlung in vereinbarter Höhe. Der zu vereinbarende Betrag für eine Beitragssenkung ab dem Alter 65 beträgt mindestens 15,- EUR. Er kann darüber hinaus in Vielfachen von 5,- EUR vereinbart werden. Die maximale Beitragsermäßigung darf jedoch 100 % des jeweils zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenversicherung nicht übersteigen.

2 Der Beitrag für die Beitragssenkung im Alter ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Beginnverlegung der Beitragssenkung

3 Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann der Beginn der Beitragssenkung von dem unter Ziffer 1 vereinbarten Beginn abweichen. Diese Option darf der Versicherungsnehmer einmal ausüben, sobald die Sonderbedingungen 10 Jahre bestanden haben. Der neue Ermäßigungsbeginn muss ein zum Zeitpunkt der Antragstellung zukünftiger Monatsbeginn zwischen dem Ersten des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, und dem Ersten des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, sein. Durch die Beginnverlegung ändert sich die Höhe der vereinbarten Beitragsermäßigung entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

Nachträgliche Verminderung des Ermäßigungs Betrags

4 Bei einer Verminderung des Ermäßigungs Betrags vor oder nach Beginn der Beitragssenkung ermittelt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. die Höhe des dann geltenden Beitrags entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

Beitragsanpassung

5 Werden auf der Grundlage des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) die Beiträge (für eine Beobachtungseinheit) eines Grundtarifs angepasst, so werden auch die Beiträge (für diese Beobachtungseinheit) der mit diesem Grundtarif verbundenen Sonderbedingungen für die Beitragssenkung im Alter überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.

Tarifwechsel in der Krankheitskostenversicherung

6 Bei einer Änderung des Versicherungsschutzes in den Krankheitskostentarifen wird die Beitragssenkung auf den neuen Versicherungsschutz übertragen. Sollte die Beitragsermäßigung 100 % des nach der Änderung des Versicherungsschutzes zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenversicherung der versicherten Person übersteigen, so wird der Ermäßigungsbeitrag unter Beachtung von Ziffer 4 vermindert.

Kündigung der Sonderbedingungen

7 Bei Kündigung dieser Sonderbedingungen bleiben die schon erworbenen Beitragssenkungsansprüche unter der Voraussetzung bestehen, dass die Sonderbedingungen mindestens 5 Jahre ununterbrochen vereinbart waren und sich zum vereinbarten Ermäßigungsbeginn eine Beitragssenkung von mindestens 15,- EUR ergibt. Die Höhe der Beitragsermäßigung ermittelt sich entsprechend den gültigen Technischen Berechnungsgrundlagen.

8 Bei Beendigung der Krankheitskostenversicherung enden automatisch die Sonderbedingungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ansprüche auf Beitragssenkung bestehen nicht mehr.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den jeweilig abgeschlossenen Krankheitskostentarifen zugrunde liegen.

Tarif *futura z*

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1 Annahmefähigkeit

Der Tarif *futura z* kann von **pflichtversicherten** Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgeschlossen werden.

Das Höchstaufnahmearter beträgt 45 Jahre. Als Alter des Versicherten gilt die Differenz aus dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und seinem Geburtsjahr.

2 Vertragsdauer

Der Tarif *futura z* wird für zehn Versicherungsjahre abgeschlossen. Dabei endet das erste Versicherungsjahr mit dem ersten vollen Kalenderjahr. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.

3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Bei Anträgen auf Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung verpflichtet sich der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G., die Risikoeinschätzung auf der Grundlage einer mit dem Abschluss des Tarifs *futura z* durchgeführten Gesundheitsprüfung vorzunehmen, sofern die Umstellung zum Zeitpunkt des Wegfalls der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung erfolgt. Das gilt ebenfalls für eine gleichzeitig beantragte Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung.

Erfolgt der Antrag auf Umstellung zu einem späteren Zeitpunkt, hat der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. das Recht, die Umstellung von dem Ergebnis einer aktuellen Gesundheitsprüfung abhängig zu machen; der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann in diesem Fall neue Wartezeiten festsetzen und ggf. einen Risikozuschlag erheben und Leistungsausschlüsse festlegen. Die Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung kann in diesem Fall frühestens zum Ersten des auf die Anzeige folgenden Monats erfolgen.

4 Beitragszahlung

Während der Vertragsdauer ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung des im Versicherungsschein genannten Beitrags verpflichtet.

5 Ende des Versicherungsschutzes

Tarif *futura z* endet

- nach Ablauf der Versicherungsdauer von zehn Versicherungsjahren,
- nach Ausübung eines Tarifwechsels in Krankheitskostenvollversicherungstarife,
- bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, wenn die Kündigung bis zum 30.09. des Versicherungsjahres vorgelegen hat.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif *pro*

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2014)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) - §§ 1 - 18

Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 35 des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

Nr. 1
Wird innerhalb von 6 Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Karenzzeit angerechnet.

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung.

3 Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Nr. 2
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit, sofern die Tarifstufe dies vorsieht. Insoweit gilt § 1 Absatz 3 MB/KT 2009 nicht.

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

5 Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch 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.

Nr. 3
Kann der Versicherungsnehmer eine Verbesserung des Nettoeinkommens (siehe § 4 Absatz 2 MB/KT 2009 und Tarifbedingung Nr. 12) nachweisen, so kann er ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von drei Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit den bestehenden Versicherungsschutz maximal um diese Verbesserung anpassen. Bereits eingetretene Versicherungsfälle werden hiervon nicht berührt.

Nr. 4
Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. verzichtet bei beruflich bedingter Verkürzung der Karenzzeit auf eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, sofern die neue verkürzte Karenzzeit drei Wochen nicht unterschreitet und grundsätzlich die Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Der Antrag muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von drei Monaten nach Verkürzung der Karenzzeit vorliegen. Die verkürzte Karenzzeit gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang des Antrages beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. folgt.

Nr. 5
War der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, den Versicherungsschutz herabzusetzen, so kann er den Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ganz oder teilweise wieder herstellen.

6 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

Nr. 6

*Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.
Für den vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland können weitergehende besondere Vereinbarungen getroffen werden.*

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

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 7

Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 8

*Bei einem Wechsel der Tarifstufe oder einer Erhöhung des Krankentagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen für „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KT 2009) entsprechend.
Bei der Beitragsberechnung werden Beitragshöhe und Dauer der bisherigen Versicherung berücksichtigt.*

§ 3

Wartezeiten

1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

Nr. 9

Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen. Soweit der Tarif eine Leistung für Entbindungen vorsieht, gilt für diese eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.

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

Nr. 10

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung zugehen.

5 Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Nr. 11

*Zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt die Anrechnung auf die Wartezeiten unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.*

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

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

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

2 Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Nr. 12

Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei

Selbstständigen:

80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Absatz 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb;

Arbeitnehmern:

80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit.

Nr. 13

Solange nach Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit das Nettoeinkommen noch nicht aus einem Einkommensteuerbescheid hergeleitet werden kann, ist ein aufgrund von Erfahrungswerten einvernehmlich geschätzter Wert maßgebend.

Nr. 14

Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. bietet den Versicherungsnehmern eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes an, wenn sich seit der letzten Anpassung die durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten um mehr als 10 % verändert haben.

Für diese Anpassung entfallen erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. innerhalb von 4 Wochen annimmt. Das erhöhte Krankentagegeld gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang der Annahmeerklärung beim Deutschen Ring Krankenversicherungsverein a. G. folgt.

3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

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.

Nr. 15

Ändert sich die Dauer, für die der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Arbeitsentgelt fortzahlt, so gilt § 4 Absätze 3 und 4 MB/KT 2009 über die Mitteilungspflicht des Versicherungsnehmers und die Änderung des Vertrages sinngemäß.

5 Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

6 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

7 Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

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

9 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 16

Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. erbringt die tariflichen Leistungen abweichend von § 4 Absatz 9 MB/KT 2009 auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage.

10 Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

1 Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 17

Die Leistungseinschränkung bei Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Nr. 18

Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009.

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 19

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KT 2009 entfällt.

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

Nr. 20

Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. zahlt das Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht.

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

Nr. 21

Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe f) MB/KT 2009 gilt nicht, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

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

Nr. 22

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. zahlt Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

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

- 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.

Nr. 23

Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 2 MB/KT 2009 entfällt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

- 4** Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

- 5** Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

Nr. 24

Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus der Tarifstufe, der Höhe des Krankentagegeldes, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbegins und dem Geburtsjahr des Versicherten.

- 3** Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

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

5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den Technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertatz,

werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Nr. 25 Der tariflich festgelegte Vorhundertatz beträgt 5.

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 evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

1 Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 26 Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. auf Verlangen - mindestens aber in 14tägigen Abständen - nachzuweisen.

2 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsbeauftragt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

4 Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

5 Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

6 Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

2 Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1 Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 27

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Für diese Zeit wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel der Tarifstufe oder Erhöhungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

3 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

4 Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

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

versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

6 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1 Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Nr. 28

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. wird das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht nicht ausüben, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. besteht.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

3 Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

4 Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen

oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

Nr. 29

Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

1 Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Nr. 30

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009 auf sechs Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis. § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.

Für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit wurden, ist die Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit (siehe Anlage) zu beachten.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

Nr. 31

Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. aufgrund der eingereichten ärztlichen Befunde/Atteste oder ähnlicher geeigneter Nachweise. Der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. ist berechtigt, zur Beurteilung des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit auch selbst entsprechende Nachweise einzuholen.

Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Nr. 32

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenanspruch wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenanspruch entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.

Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. einen Rückforderungsanspruch.

Nr. 33

Das Versicherungsverhältnis endet mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

- c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
- e) bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

2

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

Nr. 34

Wird das Versicherungsverhältnis aus den in Tarifbedingung Nr. 33 genannten Gründen beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers prüft der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein a. G. anhand geeigneter Nachweise, ob die Voraussetzungen für den Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbstätigkeit vorliegen. Sofern dies der Fall ist, wird das ursprüngliche Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt, in dem die Voraussetzungen vorlagen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

Nr. 35
Als Schriftform im Sinne des § 16 MB/KT 2009 gilt auch die Textform (d. h. z. B. per Brief, Telefax oder E-Mail).

§ 17 Gerichtsstand

1 Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

3 Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

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

Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif *pro*

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit

Für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht befreit wurden, gilt im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit folgende Zusatzvereinbarung:

- 1 Abweichend von den im Tarif geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben. Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Beitragszuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gemäß § 207a SGB III sowie Beiträge für eine Antragspflichtversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagessatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen. Das Krankentagegeld wird ab dem 43. Tag einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit anstelle der weggefallenen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.

Hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gilt als berufliche Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 3 MB/KT 2009 die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe d MB/KT 2009 gilt bei Arbeitslosigkeit sinngemäß.

Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme höherer als zuletzt vereinbarter Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.
- 2 Entfallen die im Tarif festgelegten sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II).

Krankentagegeldversicherung

Tarif *pro*

(Tarifgeneration Unisex; Stand 1.1.2013)

I. Versicherungsfähigkeit

Selbstständige

mit regelmäßigen Einkünften aus beruflicher Tätigkeit sind nach den Tarifstufen *pro 008 – pro 365* versicherungsfähig. Besteht gleichzeitig beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Selbstständige mit regelmäßigen Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit nach den Tarifstufen *pro 008 v – pro 365 v* versicherungsfähig.

Arbeitnehmer

sind nach den Tarifstufen *pro 043 – pro 365* versicherungsfähig. Besteht gleichzeitig beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Arbeitnehmer nach den Tarifstufen *pro 043 v – pro 365 v* versicherungsfähig.

II. Leistungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Das versicherte Krankentagegeld wird bei

Tarifstufe	nach einer Karenzzeit von	ab dem	Tarifstufe	nach einer Karenzzeit von	ab dem
<i>pro 008</i> und <i>pro 008 v</i>	1 Woche	8. Tag	<i>pro 043</i> und <i>pro 043 v</i>	6 Wochen	43. Tag
<i>pro 015</i> und <i>pro 015 v</i>	2 Wochen	15. Tag	<i>pro 046</i>		46. Tag
<i>pro 022</i> und <i>pro 022 v</i>	3 Wochen	22. Tag	<i>pro 064</i> und <i>pro 064 v</i>	9 Wochen	64. Tag
<i>pro 029</i> und <i>pro 029 v</i>	4 Wochen	29. Tag	<i>pro 085</i> und <i>pro 085 v</i>	12 Wochen	85. Tag
			<i>pro 092</i> und <i>pro 092 v</i>	13 Wochen	92. Tag
			<i>pro 106</i> und <i>pro 106 v</i>	15 Wochen	106. Tag
			<i>pro 127</i> und <i>pro 127 v</i>	18 Wochen	127. Tag
			<i>pro 183</i> und <i>pro 183 v</i>	26 Wochen	183. Tag
			<i>pro 274</i> und <i>pro 274 v</i>	39 Wochen	274. Tag
			<i>pro 365</i> und <i>pro 365 v</i>	52 Wochen	365. Tag

der vorübergehenden völligen Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Die Zahlung endet jedoch mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Das Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Teilarbeitsunfähigkeit

Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Nach einer seit mindestens 6 Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit leistet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Arbeitsunfähigkeit während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Tarifbedingung Nr. 22).

Schwangerschaft

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. leistet ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (siehe Tarifbedingung Nr. 20).

Entbindungspauschale

Bei jeder Entbindung zahlt der Deutscher Ring Krankenversi-

cherungsverein a. G. unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.

Allgemeine Anpassung des Krankentagegeldes

Entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung bietet der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an (siehe Tarifbedingung Nr. 14).

Individuelle Anpassung

a) des Krankentagegeldes

Bei einer Verbesserung des Einkommens kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 3).

b) der Karenzzeit

Bei einer beruflich bedingten Verkürzung der Karenzzeit kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 4).

c) bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit kann das Versicherungsverhältnis auf Antrag im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach einer Tarifstufe fortgesetzt werden, für die die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif *pro* (Tarifgeneration Unisex).

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

(Stand 1.1.2014)

Teil I Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen des Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

1 Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (oder ein Pflegegeld*) (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

2 Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

3 Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

4 Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

5 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

- a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

6 Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige

Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

7 Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

8 Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

9 Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

10 Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

11 Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.*

12 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 einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den Technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) 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.

Teil II

(1) *Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pflegeetagegeld.*

(2) *Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegeetagegeldversicherung abweichend zu § 1 Absatz 11 Teil I auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.*

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

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

2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeit 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.

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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 8 Absatz 2 Teil I für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

§ 3

Wartezeit

Teil I

1 Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

2 Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

Teil II

Abweichend von Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

2 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 eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

1 Keine Leistungspflicht besteht

- für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 11* solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;*
- soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;*
- während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

*) entfällt bei Pflegeetagegeldversicherung

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

2 Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

Teil II

(1) *Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1a) Teil I.*

(2) *Abweichend von § 5 Absatz 1c) Teil I besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.*

(3) *Abweichend von § 5 Absatz 1f) Teil I wird für laufende Versicherungsfälle auch in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme geleistet, sofern Anspruch auf Pflegegeld in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht.*

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

1 Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

2 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

Teil I

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

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

4 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.

5 Die in einer Fremdwährung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

6 Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

7 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II

(1) *Die in der SPV oder PPV getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe sind auch für die Pflegegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe. Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.*

(2) *Überweisungskosten nach § 6 Absatz 5 Teil I Absatz 5 werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.*

(3) *Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden.*

(4) *Fällige Pflegegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausgezahlt.*

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

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

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

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

5 Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

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

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

Teil II

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

(4) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I

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

2 Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 Altersrückstellung gemäß den in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Äterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

Teil II

(1) Für die in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 Teil I.

(2) Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für 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.

2 Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

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

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

Teil II

(1) Die in § 8b Absatz 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Absatz 1 Teil I 5.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

1 Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d)*.

3 Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

5 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

6 Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher Feststellung anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

1 Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

2 Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

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

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

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

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

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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.

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

3 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 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.

4 Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

6 Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

1 Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

2 Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

4 Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Absatz 1 Teil I.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

2 Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

3 Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.*

4 In der Pflagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II

Abweichend zu § 15 Absatz 4 Teil I endet das Versicherungsverhältnis erst mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 2 Teil II genannten.

*) entfällt bei Pflegegeldversicherung

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

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

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

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

Teil I

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.

Tarif PflegeTOP Pflegetagegeldtarif

(Stand 1.1.2013)

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Pflegetagegeld bei häuslicher und vollstationärer Pflege

Pflegestufe I	30 %
Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %

des vereinbarten Tagessatzes.

Betreuungsgeld

10 % des vereinbarten Tagessatzes für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)

Pauschalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Pflegestufe III

Einmalige Pauschalleistung in Höhe des 90fachen vereinbarten Tagessatzes

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif PflegeTOP gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009)

Teil II Tarifbedingungen Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Pflegetagegeldleistung
- 2 Betreuungsgeld
- 3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
- 4 Beitragsbefreiung
- 5 Assistenzleistungen
- 6 Erhöhung des Pflegetagegeldes

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif PflegeTOP kann nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeTOP.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Pflegetagegeldleistung

Ein Pflegetagegeld wird abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt. Das Pflegetagegeld beträgt in der

Pflegestufe I	30 %
Pflegestufe II	70 %
Pflegestufe III	100 %

des versicherten Tagessatzes. Abweichend von § 1 Abs. 6 Teil I gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

2 Betreuungsgeld

Besteht aus der SPV bzw. PPV ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45a SGB XI, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10 % des versicherten Tagessatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV, so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld endet nicht, wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI nachgewiesen wird.

3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegetagegeld nach diesem Tarif eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des vereinbarten Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4 Beitragsbefreiung

Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld nach diesem Tarif für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) noch keine Pflegestufe III bestand oder beantragt wurde.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in die Pflegestufe III erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

5 Assistenzleistungen

5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI besteht ab einem versicherten Tagessatz von 35,- EUR Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistenzleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistenzleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der SPV bzw. PPV getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

5.3 Für die Gewährung der Assistenzleistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit oder vermuteten Pflegebedürftigkeit wird unverzüglich beim Pflegeversicherungsträger ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt und
- der Versicherungsfall (Assistenzleistungen) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (040-4124 4460) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

6 Erhöhung des Pflegetagegeldes

Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 10 %. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes nicht geändert hat.

Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte Pflegetagegeld und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegetagegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif PflegeTOP die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist, keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach Tarif PflegeTOP vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung

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.

4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Tagessatzes. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 12 Teil I verlangen.

Leistungsverzeichnis für Assistenzleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung

(Stand 1.1.2013)

Folgende Assistenzleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeBAHRPLUS bzw. PflegeTOP genannten Voraussetzungen erbracht. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Ziffer 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

1 Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung nicht möglich ist oder wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollständigen Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.

2 Pflege-Manager

Der Pflege-Manager leistet folgende Beratungen sowie die Benennung und Vermittlung von Pflegedienstleistungen:

Beratungs-Service

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
- Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren., Wohn- und Wohnraumberatung
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen

Vermittlungs-Service

- Vermittlung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Tag- und Nachtwache

Benennung von Dienstleistern

- Benennung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Benennung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Benennung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- Benennung eines 24-Stunden Notrufs
- Benennung einer Tag- und Nachtwache

Vermittlung von Betreuung für Angehörige

- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Beratungseinrichtungen

3 Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden folgende Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu zehn Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 2.000,- EUR im Kalenderjahr.

Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien

Fahrdienst

Zweimal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert

Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausbessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

Pfleges Schulung für Angehörige

Organisiert wird eine Pflegeschulung für maximal zwei pflegenden Personen. Übernommen werden einmalig die Kosten von 150,- EUR pro pflegender Person.

4 Reha Management

4.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von:

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim oder vor/an den eigenen Wohnsitz
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- praktischen Ärzten in Wohnnähe
- Gartenhelfern, Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)

4.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

4.3 Berufliche Rehabilitation

4.3.1 Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person, länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

4.3.2 Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

4.3.3 Unter bisherige Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht (z. B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

4.3.4 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

4.3.5 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern, Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

Allgemeine Informationen zu Ihrer Krankenversicherung

Name, Anschrift, Rechtsform und Sitz des Unternehmens

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg

Telefon: +49 (0)40 41 24-79 69
Telefax: +49 (0)40 41 24-76 78
E-Mail: Service@DeutscherRing-Kranken.de
Internet: <http://www.DeutscherRing-Kranken.de>

Sitz: Hamburg

USt.-IdNr.: DE 118618342
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4673

Ein Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. wird vertreten durch den Vorstand:

Ulrich Leitermann (Vorsitzender),
Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk,
Dr. Stefan Kutz, Michael Petmecky, Clemens Vatter,
Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Reinhold Schulte

Sicherungsfonds

Aufgaben und Befugnisse des Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung wurden übertragen an die Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

Mahngebühren

Sollten Sie einen Erst- oder Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen und werden Sie von uns gemahnt, erheben wir bei der ersten Mahnung eine Gebühr in Höhe von 2,50 EUR und bei der zweiten Mahnung zusätzlich 5,00 EUR.

Beitragsnachlass

Bei jährlicher Zahlungsweise wird ein Beitragsnachlass von zurzeit 3 % gewährt; dies gilt nicht für den Tarif PflegeBAHR.

Beendigung des Vertrages

Sie können die Versicherung nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Weitere Informationen finden Sie in den §§ 13, 14 und 15 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), in den §§ 17, 18 und 19 der AVB für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung bzw. in den AVB des jeweils gewählten Tarifs.

Vertragssprache

Die Ihren Vertrag betreffenden Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Beschwerdestelle / Aufsichtsbehörde

Der Vermittler - Ihr Berater - und die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe werden Sie umfassend und kompetent beraten. Sollte es dennoch im Einzelfall zu Meinungsverschiedenheiten kommen, können Sie den

Kundenservice der Hauptverwaltung Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. unter der Rufnummer

+49 (0)40 41 24-79 79 anrufen oder Sie schreiben an

Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.,
20449 Hamburg.

Darüber hinaus können Sie sich auch an den

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

wenden, sofern nicht bereits bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder bei Gericht eine Klärung herbeigeführt wird/wurde. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Bei Beschwerden können Sie sich auch direkt an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(Stand 1.1.2015)

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

- (1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
- (2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12h Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

- (1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird
 - 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfaßt verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

- (4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
- (5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
- (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der Fassung bis zum 31.12.2008)

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. ...
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (nach § 6 Abs. 7) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegeld nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen, dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- ...

Auszug aus dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG)

§ 35 Pflegezulage

- (1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 287 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 490, 696, 893, 1.161 oder 1.427 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.
- (2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.
- (3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.
- (4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.
- (5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.
- (6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.



Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

gemäß § 10a Abs. 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG)

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

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

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

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein **Wechsel** des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.¹ Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; anderenfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

<ul style="list-style-type: none"> - SIGNAL Krankenversicherung a. G. * - IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe * - SIGNAL Unfallversicherung a. G. * - Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G. * - SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG * - SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG * - PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft * - ADLER Versicherung AG * 	<ul style="list-style-type: none"> - SIGNAL IDUNA Sterbekasse WaG * - DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG * - DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft - HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH - SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH - SIGNAL IDUNA Bauspar AG - SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft - SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung - SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG
--	--

Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe *) beauftragten Dienstleister

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer / Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und bei stationärer Heilbehandlung	ja
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
SIGNAL Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
	MedX GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja
	On Service GmbH	Service Center, Telefonischer Kundendienst	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Assisteur ASS	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja
	Assisteur AVUS	Unterstützung bei Todesfällen im Ausland	ja
	Swiss Post Solution GmbH	Bearbeitung von Zulagenanträgen für die Riesterrente	nein
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherungen mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise- Assistance	Erbringung med. Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

b) in Kategorien von Dienstleistern

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen	ja
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen, Adressermittler	Recherchen, Auskünfte	nein
	Ärzte, Gutachter, Dolmetscher	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja
	Assisteure, Reha-Dienste	Erbringung Assistancelleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a. G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft, ADLER Versicherung AG	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja

Satzung

1. Abschnitt: Allgemeines

§ 1

1 Name

Die Firma des Vereins lautet: DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

2 Sitz

Der Sitz des Vereins ist Hamburg-Mitte.

§ 2 Zweck

Der Verein betreibt die Krankenversicherung jeder Art einschließlich der Pflegepflichtversicherung für die Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit und im Nebenbetrieb auch für Nichtmitglieder gegen feste Prämie bis zu einem Zehntel der gesamten Beitragseinnahme sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art.

Der Verein kann Zweigniederlassungen errichten, andere Bestände übernehmen, die Geschäfte anderer Krankenversicherungsunternehmen fortführen und sich an anderen Wirtschaftsunternehmen beteiligen sowie Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträge vermitteln.

§ 3 Geschäftsgebiet

Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 4 Gerichtsstand

Klagen gegen den Verein können bei dem Gericht am Sitz des Vereins oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk das Vereinsmitglied zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Für alle gesetzlichen und vertraglichen Rechte und Ansprüche des Vereins gegenüber seinen jeweiligen und ausgeschiedenen Mitgliedern ist das Gericht am Sitz des Vereins zuständig, wenn das Mitglied keinen allgemeinen Gerichtsstand im Inland hat, wenn es nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

§ 5 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Vereins erfolgen in dem gesetzlich vorgeschriebenen Anzeigebblatt.

2. Abschnitt: Mitgliedschaft

§ 6 Beginn und Ende

Vereinsmitglied wird, wer ein Versicherungsverhältnis nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit begründet. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im ersten Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung und endet, wenn alle Versicherungsverhältnisse auf Gegenseitigkeit eines Mitgliedes erloschen sind. Sie endet ferner mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Vereins, jedoch kann der Vorstand Ausnahmen zulassen.

§ 7 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im Voraus zu zahlende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Versicherungsbedingungen und in den Tarifen geregelt sind.

Nachschüsse können nur unter den Voraussetzungen der §§ 11 Ziff. 5 und 14 Abs. 1 erhoben werden.

3. Abschnitt: Organe

§ 8 Vorstand

1 Bestellung

Der Vorstand wird vom Aufsichtsrat bestellt. Er besteht aus mindestens 2 Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorsitzenden des Vorstandes ernennen.

2 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse des Vorstandes bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen (einschließlich der Tarife) für die Versicherungsverhältnisse der Mitglieder einzuführen oder zu ändern.

Der Verein wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

Die Beschlüsse des Vorstandes werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Sofern der Vorstand aus mehr als zwei Mitgliedern besteht, gibt bei Stimmgleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 9 Aufsichtsrat

1 Wahl

Der Aufsichtsrat besteht aus achtzehn Personen. Für die Zusammensetzung des Aufsichtsrates und für die Wahl seiner Mitglieder gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Die Wahl erfolgt auf die Dauer von 4 Jahren in der Weise, dass das Amt mit dem Schluss der vierten auf die Wahl folgenden ordentlichen Vertreterversammlung endet.

Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vorzeitig aus und tritt nicht an seine Stelle ein Ersatzmitglied, so soll ein neues Mitglied gewählt werden. Es wird für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Aufsichtsratsmitgliedes gewählt.

Jedes Aufsichtsratsmitglied ist berechtigt, jederzeit auch ohne wichtigen Grund sein Amt durch Erklärung an den Vorstand niederzulegen.

Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und bis zu zwei Stellvertreter. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte seiner Mitglieder an der Beschlussfassung teilnimmt. Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit, soweit nicht ein Gesetz oder diese Satzung eine andere Mehrheit vorsehen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Willenserklärungen des Aufsichtsrates werden namens des Aufsichtsrates von dem Vorsitzenden abgegeben; wenn dieser verhindert ist, von seinem Stellvertreter.

2 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse des Aufsichtsrates bestimmen sich nach Gesetz und Satzung.

Die Zustimmung des Aufsichtsrates ist erforderlich zur Errichtung und Auflösung von Zweigniederlassungen, die in das Handelsregister eingetragen werden sollen bzw. eingetragen sind.

Zu den Aufgaben des Aufsichtsrates gehören auch:

die Mitwirkung bei der Verwendung und Anlegung des Vermögens, soweit die Vermögensanlagen durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,

Vornahme von Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen oder soweit die Aufsichtsbehörde Abänderungen der von der Vertreterversammlung beschlossenen Änderungen oder Ergänzungen verlangt,

die Mitwirkung bei der Behandlung von Beschwerden der Mitglieder.

3 Vergütungen

Die Aufsichtsratsmitglieder erhalten außer dem Ersatz angemessener Reisekosten eine durch die Vertreterversammlung festzusetzende Vergütung. Mit der Vergütung für ihre Tätigkeit werden zugleich ihre sonstigen Aufwendungen abgegolten; auf die Vergütung entfallene Umsatzsteuer wird zusätzlich erstattet. Die den Aufsichtsratsmitgliedern für ihre Tätigkeit gewährte Vergütung darf insgesamt 1 vom Tausend des Beitragsaufkommens in dem Geschäftsjahr nicht übersteigen, für das die Vergütung gewährt wird.

§ 10 Vertreterversammlung

1 Zusammensetzung und Wahl der Mitgliedervertreter

Die Vertreterversammlung ist das oberste Organ des Vereins.

Die Vertreterversammlung besteht aus mindestens 20, höchstens 36 Vertretern der Mitglieder. Die Vertreterversammlung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl erhöhen.

Wählbar ist jede volljährige natürliche Person, die Mitglied ist und sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet. Von der Wahl ausgeschlossen sind Mitglieder, die gleichzeitig dem Vorstand oder dem Aufsichtsrat des Vereins angehören.

Die ordentliche Amtszeit der Mitgliedervertreter beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit der Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung (§ 10.2). Die Mitgliedervertretung besteht aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 5 bis 9 Mitgliedervertretern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.

Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliederverreters darf insgesamt höchstens 12 Jahre betragen.

Das Amt erlischt

- durch freiwilligen Rücktritt,
- durch Eintritt eines die Wählbarkeit ausschließenden Umstandes,
- bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Mitgliederverreters.

Erlischt das Amt eines Mitgliederverreters gemäß Absatz 6, so kann die Mitgliedervertretung einen Nachfolger für den Rest der Amtszeit des Ausgeschiedenen wählen. In allen anderen Fällen bestimmt die Mitgliedervertretung die Amtszeit, die so zu bemessen ist, dass die in Absatz 4 vorgesehene Regelung laufend eingehalten werden kann.

Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Vertreterversammlung entsprechend berücksichtigt werden.

(Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen des § 10.1).

Die Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter endet abweichend vom bisherigen § 10.1 Absatz 6 Satz 2 mit dem Ende der in 2012 stattfindenden Vertreterversammlung. Die bestehende Vertreterversammlung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Vertreterversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 8 auf die nach Absatz 4 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 4 Satz 4 erstmals

- für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
- für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung.

Für die nach Absatz 5 vorzunehmende Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliederverreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

2 Einberufung

Die Versammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Landes- oder Filialdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt. Außerordentliche Vertreterversammlungen sind - außer in den gesetzlich vorgesehenen Fällen - einzuberufen, wenn es wenigstens 14 Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangen.

Die Einberufung erfolgt in der gesetzlich vorgeschriebenen Weise. Darüber hinaus sind die Mitgliedervertreter schriftlich unter Angabe der Tagesordnung und der Vorschläge zu den Gegenständen der Tagesordnung spätestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuladen. Für die Ordnungsmäßigkeit der Einberufung genügt die rechtzeitige Absendung der Einladungsschreiben.

3 Aufgaben und Befugnisse

Die Aufgaben und Befugnisse der Vertreterversammlung bestimmen sich nach Gesetz und Satzung. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Beschlussfassung über die Beseitigung von Fehlbeträgen und über die Erhebung von Nachschüssen.

Für die Mitgliedervertreter gelten die Verschwiegenheitspflichten von Vorstand und Aufsichtsrat entsprechend.

4 Sitzungen

Der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter leitet die Vertreterversammlung. Im Falle der Abwesenheit beider wählt die Versammlung unter der Leitung des an Lebensjahren ältesten anwesenden Mitgliedervertreters den Vorsitzenden aus dem Kreis der anwesenden Aufsichtsrats- und Vorstandsmitglieder.

Die Vertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit hat der Vorstand unverzüglich eine neue Vertreterversammlung einzuberufen. Die Vertreterversammlung ist dann ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig.

Im Übrigen kann die Vertreterversammlung ihre Geschäftsordnung selbst bestimmen.

Die Beschlüsse der Vertreterversammlung werden mit den in Gesetz und Satzung vorgeschriebenen Mehrheiten gefasst. Die Form der Abstimmung und die Reihenfolge der Gegenstände der Tagesordnung bestimmt der Vorsitzende der Versammlung unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze.

Soweit durch Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt sind und die Satzung nichts anderes vorschreibt, stehen sie einer Minderheit von wenigstens vier Mitgliedervertretern zu.

Für ihre Teilnahme an der Versammlung erhalten die Mitgliedervertreter Ersatz angemessener Reisekosten und ein vom Vorstand festzusetzendes Sitzungsgeld.

4. Abschnitt: Rechnungswesen

§ 11

1 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

2 Vermögenanlagen

Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

3 Rückstellungen und Rücklagen

Der Verein hat in seinem Jahresabschluss die geschäftsplanmäßig vorgesehenen und alle sonst erforderlichen Rückstellungen einschließlich Steuerrückstellungen auszuweisen.

Von dem Überschuss nach Ertragsteuern, der nach Abzug der nach den gesetzlichen Vorschriften vorgenommenen Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verbleibt, ist ein Betrag von mindestens 25 % in die Verlustrücklage gemäß § 37 VAG einzustellen, bis diese einen Mindestbetrag von einem Sechstel der gebuchten Brutto-Beiträge erreicht oder nach Inanspruchnahme für Verlustdeckungen wieder erreicht hat. Zuweisungen zu der Verlustrücklage gemäß § 37 VAG über den Mindestbetrag hinaus bestimmt der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates.

Der dann noch verbleibende Überschuss ist der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Er kann stattdessen mit Zustimmung des Aufsichtsrates ganz oder teilweise in die anderen Gewinnrücklagen eingestellt werden.

4 Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Auf die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellten Beträge haben die Mitglieder einen Rechtsanspruch. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen.

Die Ausschüttung kann erfolgen als Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung der Beiträge als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Ausschüttung kann z. B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde dürfen im Interesse der Mitglieder in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstands, z. B. zur Verlustabdeckung, entnommen werden.

5 Deckung von Fehlbeträgen

Ergibt sich aus dem Jahresabschluss, dass die Einnahmen zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, so sind die für die Verlustdeckung geschäftsplanmäßig vorgesehenen Rückstellungen und die Rücklagen in Anspruch zu nehmen. Ist danach die gesetzliche Rücklage geringer als die Hälfte des Mindestbetrages, so sind alsbald die Tarife zu ändern.

Etwa erforderliche Nachschüsse zur Deckung entstehender Fehlbeträge sind jeweils nur bis zur Höhe eines Monatsbeitrages zu erheben. Die Erhebung von Nachschüssen ist gemäß § 12 Ziff. 2 bekannt zu geben. Ihre Einziehung erfolgt in gleicher Weise wie die der Beiträge.

5. Abschnitt: Änderung der Satzung

§ 12

1 Gegenstand der Änderung

Mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse können die Bestimmungen der Satzung über Name, Sitz und Zweck des Vereins, Geschäftsgebiet, Gerichtsstand, Bekanntmachungen, Beitragspflicht, Haftung für Vereinsverbindlichkeiten und Rechte am Vereinsvermögen, Leitung und Vertretung, Rechnungswesen sowie die Auflösung des Vereins geändert werden.

Soweit Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitswagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins wegen des Älterwerdens der versicherten Personen während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

2 Bekanntmachung

Änderungen der Satzung sind gemäß § 5 bekannt zu machen.

3 Inkrafttreten

Änderungen der Satzung treten mit der Eintragung in das Handelsregister in Kraft.

6. Abschnitt: Auflösung des Vereins

§ 13 Beschluss

Die Auflösung des Vereins findet statt, wenn in einer ausdrücklich zu diesem Zweck einberufenen außerordentlichen Vertreterversammlung eine Mehrheit von drei Vierteln der anwesenden, mindestens jedoch von zwei Dritteln der amtierenden Mitgliedervertreter die Auflösung beschließt.

§ 14 Vermögensverteilung

Reicht nach der Auflösung das Vermögen zur Deckung der Verbindlichkeiten nicht aus, so wird ein Nachschuss erhoben, der einen Monatsbeitrag nicht übersteigen darf. Reicht auch dieser Nachschuss noch nicht aus, so tritt eine Kürzung der Versicherungsansprüche ein. Verbleibt ein Überschuss, so wird er an die Mitglieder, die dem Verein zur Zeit der Auflösung angehörten, im Verhältnis der in den letzten zwei Jahren gezahlten Beiträge verteilt.

An Stelle einer Verteilung des Vermögens kann der Versicherungsbestand in seiner Gesamtheit oder teilweise nach Maßgabe eines von der Aufsichtsbehörde zu genehmigenden Übernahmevertrages auf eine andere Versicherungsunternehmung übertragen werden.

§ 15 Gesetzliche Bestimmungen

Soweit diese Satzung keine ausdrückliche Regelung trifft, gelten die gesetzlichen Bestimmungen.



Deutscher Ring 
Krankenversicherungsverein a.G.

SIGNAL IDUNA Gruppe
Neue Rabenstr. 15-19, 20354 Hamburg
Internet: www.DeutscherRing-Kranken.de
E-Mail: Service@DeutscherRing-Kranken.de