

Krankenversicherungsantrag

Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Tarif **Exclusiv+**

Ergänzungstarif für osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren, künstliche Befruchtungen, Sehhilfen und Zahnprophylaxe

Antragsteller (Versicherungsnehmer) → Hinweis: Bitte die schattierten Felder beantworten ←
(muss volljährig sein)

Herr **Frau** **Name, Vorname, Titel** **Geburtsdatum**

Straße, Hausnummer **MD/Verm.-Nr.:** **0073 / 0689**

Postleitzahl **Wohnort** **Telefon-Nr. für Rückfragen *)**

E-Mail-Adresse *)

Name der BKK
BKK VBU

*) Freiwillige Angaben, die bei der Bearbeitung weiterhelfen.

Beantragte Versicherung nach Tarif Exclusiv+ für die folgenden Personen

Versicherungsbeginn: **01.**

Der monatliche Beitrag für den Tarif Exclusiv+ beträgt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 7,30 EUR, danach gilt der monatliche Beitrag für Erwachsene in Höhe von 14,90 EUR.

Zu versichernde Personen

Pers.	Vorname (auch Name, falls abweichend vom Antragsteller)	Geschlecht		Geburtsdatum	monatl. Beitrag EUR
		männl.	weibl.		
1	Antragsteller oder <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEPA-Lastschriftmandat **Zahlungsempfänger:** Barmenia Krankenversicherung AG, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Gläubiger-ID: DE38ZZZ00002227957

Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Dieses Mandat gilt nur für die gewählte Versicherung. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Barmenia versendet spätestens 5 Tage vor dem ersten Abruf eine Mitteilung über Abbuchungsbetrag, Fälligkeitstermine und Mandatsreferenznummer.

IBAN **Bankleitzahl** **Konto-Nr. (max. 10 Stellen)** **Name des Kreditinstitutes**

Kontoinhaber: Antragsteller **oder:** folgende Person: **Vor- und Nachname, Straße/Hausnummer, Postleitzahl und Ort:**

Unterschrift des Kontoinhabers

HIER UNTERSCHREIBEN

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person sowie die Hinweise. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Lesen Sie bitte zudem die gesamte „Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen“. Diese betrifft den Umgang mit Ihren nach § 203 (StGB) geschützten Daten und enthält folgenden Einwilligungstatbestand: Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG. Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift geben Sie die besagten Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen ab.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Datum **Antragsteller** **Zu vers. Personen, falls nicht gleichzeitig Antragsteller** **Gesetzliche Vertreter, falls Antragsteller minderjährig ist**

HIER UNTERSCHREIBEN

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG

Die Barmenia Krankenversicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 Die Barmenia Krankenversicherung AG führt im Einzelfall bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Barmenia-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Barmenia Krankenversicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogenen Daten für die Barmenia Krankenversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt.

Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Barmenia Krankenversicherung AG.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigene Erklärung abgeben können.

Fortsetzung:



Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.datenschutz.barmenia.de eingesehen oder bei der Barmenia Krankenversicherung AG, Abt. Kundenbetreuung, Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal, Telefon: 0202/ 438-2250, E-Mail: info@barmenia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Barmenia Krankenversicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia-Unternehmensgruppe insoweit von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Barmenia Krankenversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Barmenia Krankenversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Anlage: Liste zu 1.

Auftragnehmer	Verarbeitung/Zweck
almeda GmbH	Medizinisches Telefon
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung
Deutsches Rotes Kreuz Assistance GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Deutsches Rotes Kreuz Flugdienst GmbH	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
Global Medical Management, Inc. (GMMI)	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
HL Casework GmbH	Disease-Management-Programme
IMB Consult GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Internat. SOS Emergency Services GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
Johanniter Unfall-Hilfe e.V.	Hilfe- u. Beratungsleistungen zum Pflegefall
Kneier Consult GmbH	Medizinische Assistance im Ausland
LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement Joint Venture
Lupenwert GmbH	Gebührenrechtsmanagement
MedicalContact AG	Disease-Management-Programme
MEDICPROOF GmbH	Medizinische Begutachtung
MedX Gesellschaft für medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle
PAV CARD GmbH	Erstellung von Versicherungskarten („Card für Privatversicherte“)
Savitar Group Ltd.	Medizinische Assistance im Ausland
Medgate AG	Telemedizinische Beratung
Thieme TeleCare GmbH	Disease-Management-Programme
ViaMed GmbH	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen
Vivy GmbH	Elektronische Gesundheitsakte
West Assistance Medical Management Turkey & Egypt	Assistance (medizinische Dienstleistungen im Ausland)
IT-Dienstleister	Bereitstellung, Wartung und Pflege von Hard- und Software
Ärzte, Zahnärzte	Beratung, Erstellung von Gutachten, Gutachterprüfung
Marketingagenturen/Marketingprovider	Marketingaktionen, Vertriebsunterstützung
Rechtsanwälte, Sachverständige, Gutachter	Leistungsbearbeitung
Entsorger	Vernichtung vertraulicher Daten (Papier und elektronische Datenträger)

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Einzelheiten zu Ihrem Widerrufsrecht können Sie der „Allgemeinen Kundeninformation“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht erhalten Sie auch mit dem Versicherungsschein.

Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragstellung. Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält, kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die in den beantragten Tarifen genannten Versicherungsbedingungen. Diese werden mir – wie weitere Verbraucherinformationen auch – grundsätzlich vor Abgabe meiner Vertragserklärung (Antragstellung) übermittelt.

Datenübermittlung

Es ist eine Datenübermittlung zwischen dem Versicherer und der Betriebskrankenkasse, bei der die BKK-Versicherung besteht, vorgesehen, damit entsprechende Beratungen ermöglicht werden können. Übermittelt werden Angaben zum Abschluss der Ergänzungsversicherung und ggf. Angaben zum Bestehen/zur Beendigung der BKK-Versicherung. In die erforderliche Datenübermittlung willige ich ein.

Hinweise

Weitere Datenschutzinformationen

Bitte händigen Sie allen weiteren in diesem Antrag namentlich genannten Personen (z. B. versicherten Personen, Dritten als Beitragszahler) die angehängten „Hinweise zum Datenschutz“ aus.

Aufsichtsbehörde/Ombudsmann

Die Anschrift der Aufsichtsbehörde lautet: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.
Die Anschrift des Ombudsmannes für private Krankenversicherungen lautet: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin.

Sicherungsfonds für die Krankenversicherung

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



MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte zum Mitglied der BKK-VBU werden.

Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

ANGABEN ZUR PERSON

Frau Herr

Name Vorname
Straße, Hausnr. PLZ, Ort
E-Mail* Familienstand
Telefon*

Versichertennummer Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte. Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte freilassen.

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Wichtig! Wenn Ihnen die Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Geburtsdatum Geburtsort
Geburtsname Nationalität

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin ... Arbeitnehmer/-in Auszubildende/-r Student/-in
(bitte Schulbescheinigung beilegen) Schüler/-in (bitte Schulbescheinigung beilegen) Rentner/-in (bitte Kopie des Rentenbescheides beilegen) Rentenantragsteller/-in Bezieher/-in von Arbeitslosengeld (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beilegen)
 Beamtin/Beamter Selbstständige/-r Empfänger/-in von Sozialhilfe ALG I ALG II
 nicht Erwerbstätige/-r Künstler/-in

Ich war zuletzt ... pflichtversichert freiwillig versichert privat krankenversichert
 familienversichert nicht in Deutschland, Zuzug aus dem Ausland am
Name der Krankenkasse

ARBEITGEBER

beschäftigt ab/seit Bruttogehalt/mtl.* Euro
 ich nehme **erstmalig** eine Beschäftigung als Arbeitnehmer/-in in Deutschland auf.

Name des Arbeitgebers
Anschrift des Arbeitgebers

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert: Nein Ja Verwandtschaftsgrad

Ich bin Geschäftsführer/-in der Firma: Nein Ja (bitte Geschäftsführervertrag beilegen)
Ich bin Gesellschafter/-in der Firma: Nein Ja (bitte Gesellschaftervertrag beilegen)

WEITERE ANGABEN

Beziehen Sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung? Nein Ja

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern. Der ausgefüllte Antrag liegt bei. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort informieren.

* Die Angaben meiner Telefonnummer, E-Mail-Adresse und meines Bruttogehaltes sind freiwillig. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK-VBU die Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für Fragen zu meiner Mitgliedschaft speichert und nutzen darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

HIER UNTERSCHREIBEN

Datum, Unterschrift

Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden nach § 284 Abs. 1 SGB V erhoben, gespeichert und genutzt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>.

0 5 5 5 4 6

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin per E-Mail neukundenservice@bkk-vbu.de oder per Fax +49 30 72612-2038

BKK-VBU | Lindenstraße 67 | 10969 Berlin | Servicetelefon 0800 1656616 (kostenfrei innerhalb Deutschlands)

FRAGEBOGEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE FAMILIENVERSICHERUNG



Vorname Name des Mitglieds

Anschrift

Versichertennummer

ALLGEMEINE ANGABEN

➤ Anlass für die Aufnahme der/des Angehörigen in die Familienversicherung:

- Beginn meiner Mitgliedschaft
 Geburt des Kindes
 Heirat
 Beendigung der vorherigen Mitgliedschaft des Angehörigen
 Sonstiges

➤ Familienstand des Mitglieds: ledig
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden seit
 verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LpartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

➤ Beginn der Familienversicherung

➤ Bei Rückfragen bitte die Telefonnummer nutzen (freiwillige Angabe).

➤ Bei Rückfragen bitte die E-Mail-Adresse nutzen (freiwillige Angabe).

ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für Angehörige erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir **einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung Ihrer Kinder durchgeführt werden soll.**

Bei privatversicherten Ehegatten, welche mit dem Kind verwandt sind, sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung und zum Einkommen notwendig. Hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

ALLGEMEINE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN				
	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Name*/ggf. Geburtsname				
<small>*Bitte fügen Sie eine Heiratsurkunde bzw. Abstammungsurkunde in Kopie bei, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner bzw. Ihre Kinder einen anderen Namen haben und Sie diese Unterlagen nicht schon vorlegt haben.</small>				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt
Geburtsdatum				
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind <small>(*Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)</small>	xxx	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkelkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur bei fehlendem Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	xxx	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)
Eigene Rentenversicherungsnr. (RV-Nr.)				
Versichertennummer <small>(Diese finden Sie auf der elektronischen Gesundheitskarte)</small>				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Straatsangehörigkeit				



ANGABEN ZUR LETZTEN BISHERIGEN ODER ZUR WEITER BESTEHENDEN VERSICHERUNG DER FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Die bisherige Versicherung - endete am: - bestand bei: (Name der Krankenkasse)	_____	_____	_____	_____
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde:	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)	_____ (Vorname) _____ (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse/Krankenversicherung): Ist Ihr Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides bei		xxx	xxx	xxx

SONSTIGE ANGABEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN

	EHEGATTE	KIND	KIND	KIND
Selbstständige Tätigkeit liegt vor: Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beiliegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich):	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Wird Arbeitslosengeld II bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlbetrag): Bitte Kopie der Bescheide beilegen.	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen): Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beilegen	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)	_____ € (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/ Studium: Bei Kindern ab 23 Jahren bitte Schul-, Studien- oder sonstige Ausbildungsbescheinigung beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____
Wehr- oder Zivildienst: Bitte Dienstzeitbescheinigung in Kopie beifügen	xxx	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____	vom _____ bis _____

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.



Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach § 6 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§ 9 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB X) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.



bis zu **280 Euro**
pro Mitglied inklusive aller
Familierversicherten im Jahr



BONUSPROGRAMM

PERSÖNLICHE DATEN MITGLIED

Name

Vorname

Geburtsdatum

PERSÖNLICHE DATEN MITVERSICHERTE ANGEHÖRIGE

Name Ehegattin/Ehegatte

Vorname Ehegattin/Ehegatte

Geburtsdatum Ehegattin/Ehegatte

Name Kind 1

Vorname Kind 1

Geburtsdatum Kind 1

Name Kind 2

Vorname Kind 2

Geburtsdatum Kind 2

DER BONUS SOLL AUF FOLGENDES KONTO ÜBERWIESEN WERDEN:

IBAN (22-stellig)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Geldinstitut

Kontoinhaber (falls nicht o.g. Mitglied)

VORSORGE (in den letzten 12 bzw. 24 Monaten durchgeführt) je Person 70 EURO

	Mitglied	Ehegattin/Ehegatte	Kind 1	Kind 2
Name				
Vorname				
Vollständiger Impfschutz (alle – aktueller Schutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnvorsorge (alle – jährlich, Kinder/Jugendliche 2x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check-up ab 35 Jahren (alle drei Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugenduntersuchung (0 bis 17 Jahre – U1 bis J2)				
Krebsfrüherkennung (Frauen ab 20 Jahren, Männer ab 45 Jahren – jährlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZUSATZBONUS VORSORGE (einmal durch Mitglied oder Familienversicherten einlösbar) einmal 30 EURO

Ich habe eine **private Krankenzusatz-, Pflege- bzw. Unfallversicherung** abgeschlossen. (außer Auslandsreisekrankenversicherung).

AKTIVITÄTEN (mind. 3 Maßnahmen in den vergangenen 12 Monaten durchgeführt) je Person 30 EURO

Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an einem Gesundheitskurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktive Mitgliedschaft im zertifizierten Fitnessclub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an einer Gesundheitsreise (Aktivwoche o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- oder Wanderabzeichen abgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BodyMaßIndex im Normbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtraucher seit mindestens sechs Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERKLÄRUNG:

Die Maßnahmen und Aktivitäten wurden alle innerhalb der **letzten 12 Monate** (Check-up: **36 Monate**) durchgeführt. Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben durch meine Unterschrift. Die BKKVBU behält sich die Prüfung der Angaben vor.

Datum

T T M M J J J J

Unterschrift Mitglied

✘

HIER UNTERSCHREIBEN

weitere Unterschriften der/des Ehegattin/Ehegatten sowie der Kinder über 14 Jahren

✘

Datum

T T M M J J J J

Unterschrift Vermittler

✘

meine-krankenkasse.de

Kündigungsvorlage für die bestehende Krankenkasse

Versichertennummer:

Anschrift Krankenkasse:

Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Guten Tag,

ich kündige meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum .

Bitte senden Sie mir umgehend eine Kündigungsbestätigung zu.

Von Rückwerbeversuchen sowie persönlichen Besuchen jeder Art bitte ich Abstand zu nehmen. Hierzu verweise ich auf § 7 Abs. 2 Nr. 2 UWG, § 20 UWG.

Freundliche Grüße

Datum / Unterschrift

HIER UNTERSCHREIBEN

Exemplar für den Makler - bitte am Antrag lassen

Beratungsdokumentation für : _____ (Versicherungsnehmer) Datum: _____

Angaben zum Vermittler

Fairfekt Versicherungsmakler GmbH Tel : 040/21107660 www.versicherung-online.net
Meessen 3 Fax: 040/211076639 Geschäftsführer: Martin Kiedrowski, Daniel Steinberger
22113 Oststeinbek E-Mail: info@fairfekt.de Register Nummer : D-O6NR-6NXOI-57

Versicherungsnehmer / Antragsteller

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

zu versichernde Person 1

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse/Nr.: _____
Plz/Ort: _____
E-Mail: _____

zu versichernde Person 2

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse/Nr.: _____
Plz/Ort: _____
E-Mail: _____

Beratungsanlass

Sie haben einen konkreten Absicherungsbedarf im Bereich ergänzende Krankenversicherung geäußert, indem Sie: im Internet einen Onlinevergleich durchgeführt haben, es wurde keine Basisberatung gewünscht telefonisch/per E-Mail dazu beraten wurden

Über diese Versicherung hinaus wird ausdrücklich keine Beratung gewünscht, auch nicht zu existenzwichtigen Versicherungen. Ausdrückliche Nachfrage: Gibt es weitere Risiken, Tätigkeiten oder weiteren Versicherungsbedarf? JA NEIN

zu versichernde **Person 1**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

zu versichernde **Person 2**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

Ambulant

Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe
Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe

zu versichernde **Person 1**
zu versichernde **Person 2**

Anmerkungen

zu versichernde **Person 3**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe

zu versichernde **Person 3**

Anmerkungen

Angebot und Rat des Vermittlers / Beratungsgrundlage

Anhand der vom Versicherungsnehmer im Onlinevergleich telefonisch gemachten Angaben, hat der Vermittler dem Versicherungsnehmer verschiedene Versicherungsangebote vorgeschlagen, die dem Versicherungsnehmer namentlich und mit Monatsprämie/Leistungsübersicht angeboten wurden. Das vom Kunden Makler ausgewählte Angebot erfüllt die oben angegebenen Vorgaben. Der Vermittler stützt seine Empfehlung auf eine umfangreiche und ausgewogene Marktuntersuchung, in der er Versicherungstarife bezüglich seiner Erfahrungen, Preis,-Leistungsverhältnis, Service, Annahmerichtlinien vorausgewählt hat.

Kundenentscheidung

Aus den empfohlenen Angeboten entschied sich der Versicherungsnehmer selbstständig aus einem umfassenden Vergleich zu folgendem Tarif **Exklusiv+**

Person 1:
Person 2:
Person 3:

Summe
Person 1+2+3

Die genauen Leistungseigenschaften entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen, dem Produktinformationsblatt und dem Versicherungsschein
Wichtige Hinweise: Versicherungsschutz
Bindend ist der Wortlaut des Versicherungsscheins. Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, den genauen Inhalt des Versicherungsscheins zu prüfen und mögliche Abweichungen umgehend zu melden. Die Antragsfragen wurden vom Versicherungsnehmer eigenständig beantwortet, er ist sich darüber im Klaren, dass die Angaben korrekt sein müssen, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Ich habe die Beratungsdokumentation zur Kenntnis genommen und verstanden.
Informationsblatt : wichtige Basisinformationen für Kunden, Antragsteller und Versicherungsnehmer erhalten

Datum und Unterschrift Versicherungsnehmer

HIER UNTERSCHREIBEN

Exemplar für den Versicherungsnehmer - bitte abtrennen

Beratungsdokumentation für : _____ (Versicherungsnehmer) Datum: _____

Angaben zum Vermittler

Fairfekt Versicherungsmakler GmbH Tel : 040/21107660 www.versicherung-online.net
Meessen 3 Fax: 040/211076639 Geschäftsführer: Martin Kiedrowski, Daniel Steinberger
22113 Oststeinbek E-Mail: info@fairfekt.de Register Nummer : D-O6NR-6NXOI-57

Versicherungsnehmer / Antragsteller

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

zu versichernde Person 1

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse/Nr.: _____
Plz/Ort: _____
E-Mail: _____

zu versichernde Person 2

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse/Nr.: _____
Plz/Ort: _____
E-Mail: _____

Beratungsanlass

Sie haben einen konkreten Absicherungsbedarf im Bereich ergänzende Krankenversicherung geäußert, indem Sie:
im Internet einen Onlinevergleich durchgeführt haben, es wurde keine Basisberatung gewünscht
telefonisch/per E-Mail dazu beraten wurden

Über diese Versicherung hinaus wird ausdrücklich keine Beratung gewünscht, auch nicht zu existenzwichtigen Versicherungen.
Ausdrückliche Nachfrage: Gibt es weitere Risiken, Tätigkeiten oder weiteren Versicherungsbedarf? JA NEIN

zu versichernde **Person 1**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

zu versichernde **Person 2**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

Ambulant

Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe
Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe

zu versichernde **Person 1**
zu versichernde **Person 2**

Anmerkungen

zu versichernde **Person 3**

Geburtsdatum: _____

Versicherungsbeginn: _____

Naturheilverfahren - Heilpraktiker, Sehhilfen, Prophylaxe

zu versichernde **Person 3**

Anmerkungen

Angebot und Rat des Vermittlers / Beratungsgrundlage

Anhand der vom Versicherungsnehmer im Onlinevergleich telefonisch gemachten Angaben, hat der Vermittler dem Versicherungsnehmer verschiedene Versicherungsangebote vorgeschlagen, die dem Versicherungsnehmer namentlich und mit Monatsprämie/Leistungsübersicht angeboten wurden. Das vom Kunden Makler ausgewählte Angebot erfüllt die oben angegebenen Vorgaben. Der Vermittler stützt seine Empfehlung auf eine umfangreiche und ausgewogene Marktuntersuchung, in der er Versicherungstarife bezüglich seiner Erfahrungen, Preis,-Leistungsverhältnis, Service, Annahmerichtlinien vorausgewählt hat.

Kundenentscheidung

Aus den empfohlenen Angeboten entschied sich der Versicherungsnehmer selbstständig aus einem umfassenden Vergleich zu folgendem Tarif
Exklusiv+

Person 1:
Person 2:
Person 3:

Summe
Person 1+2+3

Die genauen Leistungseigenschaften entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen, dem Produktinformationsblatt und dem Versicherungsschein
Wichtige Hinweise: Versicherungsschutz
Bindend ist der Wortlaut des Versicherungsscheins. Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, den genauen Inhalt des Versicherungsscheins zu prüfen und mögliche Abweichungen umgehend zu melden. Die Antragsfragen wurden vom Versicherungsnehmer eigenständig beantwortet, er ist sich darüber im Klaren, dass die Angaben korrekt sein müssen, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Ich habe die Beratungsdokumentation zur Kenntnis genommen und verstanden.
Informationsblatt : wichtige Basisinformationen für Kunden, Antragsteller und Versicherungsnehmer erhalten

1. Allgemeine Hinweise

Bitte beachten Sie nachstehende allgemeine Hinweise, damit im Leistungsfall der Anspruch auf die Versicherungsleistung nicht gefährdet wird und beachten Sie die Regelungen in Ihrem Versicherungsvertrag, insbesondere zu Ihren Verhaltenspflichten im Versicherungsfall.

2. Allgemeine Hinweise zu allen Versicherungsparten

Wesentliche Informationen können Sie dem Produktinformationsblatt des Versicherers entnehmen, sowie den allgemeinen spartenspezifischen Informationsunterlagen, welche Sie von dem Versicherer erhalten.

- (1) Falls Sie uns mit der Vermittlung eines neuen Vertrages beauftragt haben, bitten wir Sie einen außerhalb unserer Betreuung bestehenden Vorvertrag erst nach Annahme des neuen Vertrages (= Zugang des Versicherungsscheins) zu kündigen. Sollten Kündigungsfristen zu beachten sein, sprechen Sie uns bezüglich der weiteren Vorgehensweise an.
- (2) Besonders möchten wir auf die – Anzeige von gefahrerheblichen Umständen – hinweisen. Gefahrerheblich sind insbesondere Umstände, nach denen der Versicherer beispielsweise in seinen Antragsformularen fragt. Entstehen gefahrerhebliche Umstände nach Antragstellung aber vor dem Vertragsschluss des Versicherungsvertrages, sind diese unbedingt unverzüglich von Ihnen gegenüber dem Versicherer anzuzeigen.
- (3) Soweit Ihnen der Versicherungsschein direkt vom Versicherer zugeht, bitten wir diesen auf Korrektheit zu prüfen, insbesondere dahingehend ob Abweichungen vom gestellten Antrag dokumentiert wurden. Gerne können Sie uns beauftragen, den Versicherungsschein auf Korrektheit zu prüfen. Abweichungen werden kostenfrei vom Versicherer deutlich gekennzeichnet.
- (4) Wir weisen darauf hin, dass der Versicherungsschutz erst nach Bezahlung des Erstbeitrages, frühestens jedenfalls zum beantragten Versicherungsbeginn beginnt, soweit vom Versicherer keine vorläufige Deckung erteilt wurde. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn Folgebeiträge nicht innerhalb der in der Mahnung bestimmten Frist (i.d.R. 2 Wochen) entrichtet werden.
- (5) Bitte beachten Sie die jeweiligen vertraglichen Obliegenheiten. Eine Nichtbeachtung vertraglicher Obliegenheiten kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Obliegenheiten sind z.B.:
 - die unverzügliche Meldung von Schadensfällen, welche eine Leistungspflicht des Versicherers begründen können
 - Maßnahmen zur Schadensvermeidung und nach Eintritt des Schaden Maßnahmen zur Schadensminderung
 - die Anzeige von gefahrerhöhenden Umständen bei und nach Vertragsabschluss
 - weitere Obliegenheiten gemäß den jeweiligen Versicherungsbedingungen
- (6) Bei einem Versichererwechsel (Umdeckungen) sind regelmäßig Vor- und Nachteile gegenüber dem bisherigen Vertragswerk gegeben. Eine vollständige Information über mögliche Vor- und Nachteile der einzelnen Bedingungswerke kann im Hinblick auf deren Umfang nicht gegeben werden. Wir verweisen diesbezüglich direkt auf die jeweiligen Vertragsbedingungen.
- (7) Bitte informieren Sie uns sofort, wenn sich bei Ihnen Veränderungen ergeben, welche eine Anpassung der Versicherungsverträge erfordern oder erfordern könnten. Ebenso stehen wir Ihnen nach Aufforderung gerne zur Verfügung, wenn die bestehenden Versicherungsverträge an geänderte Marktgegebenheiten angepasst werden sollen.

3. Allgemeine Hinweise zur Personenversicherung

- (1) In der Personenversicherung ist es besonders wichtig, dass die Gesundheitsfragen vollständig und korrekt ausgefüllt werden. Werden diese unvollständig oder fehlerhaft eingetragen, ist der Versicherer evtl. zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt oder kann diesen kündigen, bzw. könnte diesen wegen arglistiger Täuschung anfechten und sich auf seine Leistungsfreiheit im Versicherungsfall berufen. Gleiches gilt für die Beschreibung Ihres Berufsbildes und die Angaben Ihrer Einkommensverhältnisse. Ist ein Versicherer vom Vertrag wirksam zurückgetreten oder hat er diesen berechtigt angefochten, ist er in der Regel leistungsfrei. Häufig ist es dann auch nicht mehr möglich einen anderen Versicherer zu finden, welcher eine Anschlussversicherung anbietet.
- (2) Sie können die Gesundheitserklärung oder Ergänzungen hierzu auch direkt an den Versicherer geben.

4. Allgemeine Hinweise zur Kranken-Zusatzversicherung

- (1) Die künftige Beitragsentwicklung ist im Wesentlichen von Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und längere Lebenserwartungen geprägt. Trotz einkalkulierter Alterungsrückstellungen wird es zu Beitragserhöhungen kommen. Über die mögliche Höhe künftiger Beiträge können wir keine Auskunft geben.
- (2) Während der Vertragslaufzeit haben sie das Recht, in andere Tarife des Versicherers unter Mitnahme der Alterungsrückstellung zu wechseln (vgl. § 204 VVG). Dies kann für Sie günstig sein, wenn der Versicherer neue Tarife einführt, sich andere Tarife bei den Beitragsanpassungen besser entwickelt haben oder Sie andere Anforderungen an den Versicherungsschutz stellen. Bitte kommen Sie auf uns zu, wenn wir alternative Tarife bei Ihrem Krankenversicherer prüfen sollen.
- (3) Nehmen Sie ärztliche Leistungen in Anspruch, welche nicht von Ärzten nach der GoÄ oder GoZ, bei Heilpraktikern nach GebÜH (Gebührenordnung Heilpraktiker) bzw. nicht nach den dort genannten Sätzen abgerechnet werden, empfehlen wir vor Inanspruchnahme die Kostenübernahme mit dem Versicherer abzuklären (z.B. Alternative Heilmethoden, Honorarvereinbarungen, Behandlungen im Ausland, Rücktransporte).
- (4) Wir empfehlen - und verschiedene Versicherer schreiben es vor - bei Zahnersatz und Kieferorthopädie, sowie bei größeren Zahnbehandlungsmaßnahmen, Kostenvoranschläge (Heil- und Kostenplan) dem Versicherer zur Genehmigung vorzulegen.
- (5) Bei stationären Aufenthalten empfehlen wir eine Kostenübernahmeerklärung vom Versicherer an das Krankenhaus zu veranlassen.
- (6) Bei gemischten Anstalten sehen die Vertragsbedingungen der meisten Versicherer nur eine Leistungspflicht bei vorheriger Genehmigung vor.
- (7) Zeigen Sie in der Krankentagegeldversicherung unverzüglich Erkrankungen an, die eine Arbeitsunfähigkeit über die Karenzzeit hinaus zur Folge haben könnten. Der Versicherer hat i.d.R. keine rückwirkende Leistungsverpflichtung.
- (8) Kinder können ohne Gesundheitsprüfung in der Krankenvollversicherung eines Elternteils mitversichert werden. Die Meldefrist ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und liegt üblicherweise bei zwei Monaten. Anschließend ist eine Mitversicherung nur mit Gesundheitsprüfung möglich. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Als Voraussetzung für die Versicherung des Neugeborenen oder des Adoptivkindes kann eine Mindestversicherungsdauer des Elternteils vereinbart werden. Diese darf drei Monate nicht übersteigen.
- (9) Die Kosten für die Behandlung durch beschränkte Heilpraktiker sind in der Regel nicht gedeckt. Bitte klären Sie dies vor Vertragsabschluss mit dem Versicherer ab.

Exklusiv+

Ihre ExtraPlus-Vorteile

- > Kein Aufnahmehöchstalter
- > Keine Wartezeiten (außer künstliche Befruchtung)
- > Günstige Beiträge
- > Günstige Kinderbeiträge



Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

ExtraPlus

Ein Angebot der Barmenia
Krankenversicherung AG

Wir sind für Sie da:

Für weitere Informationen oder
Fragen stehen Ihnen die Experten
der Barmenia gerne zur Seite.

Kundenservice:

0202 438 3560
extraplust@barmenia.de
Mo.-Fr. 8:00 - 20:00 Uhr
Sa. 9:00 - 15:00 Uhr
www.extra-plus.de

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

WIR VERSICHERN
IHRE INDIVIDUELLEN
ANSPRÜCHE.

#MachenWirGern



Die ideale Ergänzung zu vielen Leistungen Ihrer BKK – unser **Tarif Exclusiv+**

Sie haben hohe Ansprüche an Ihre Gesundheit? Von **Zahnreinigung** über **Naturheilverfahren** und **Sehhilfen** bis zum Zuschuss zur **künstlichen Befruchtung** bietet Ihnen der Tarif Exclusiv+ attraktive Leistungen zum fairen Preis. Die ideale Ergänzung zu vielen Leistungen Ihrer BKK.

Ihr Versicherungsschutz

- > **100 % für Sehhilfen** (bis zu 200 EUR innerhalb von zwei Jahren)
- > **100 % für osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren** durch Ärzte sowie Heilpraktiker, inkl. Arznei-, Verband- und Heilmittel (bis 300 EUR pro Kalenderjahr)
- > **100 % für Zahnprophylaxemaßnahmen**, wie z. B. Professionelle Zahnreinigung (zweimal 40 EUR pro Kalenderjahr)
- > Einmalig insgesamt 1.500 EUR für **Künstliche Befruchtung** (extrakorporale Maßnahmen), bereits ein Jahr nach Beginn des Tarifs

Hinweis: Dieser Tarif ergänzt die Leistungen der BKK. Sie nehmen zunächst die Vorleistung der BKK in Anspruch. Falls Ihre BKK keine Leistung übernimmt, besteht sofort ein Anspruch.

Ihr Beitrag

Eintrittsalter	Monatsbeitrag
0 bis 17 Jahre	7,30 EUR
Ab 18 Jahren	14,90 EUR

Hinweis: Für Kinder ändert sich der Beitrag auf 14,90 EUR ab dem 18. Geburtstag. Details zu den Altersgrenzen finden Sie in den Tarifbedingungen oder auf www.extra-plus.de.

Ihr Weg zum Abschluss

Einfach direkt ohne Gesundheitsfragen online abschließen unter www.extra-plus.de/exclusiv

Tarif Exklusiv+

Naturheilverfahren und Heilpraktikerbehandlungen

- Für Osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, für die Ihre GKV nicht leistet zu **100 % bis 300 Euro pro Kalenderjahr**

Künstliche Befruchtungen

- Für Künstliche Befruchtungen (extrakorporale Maßnahmen), für die Ihre GKV nicht leistet, weil:
 - die GKV die Kosten für die ersten drei extrakorporalen Behandlungsmaßnahmen bereits übernommen hat und Sie einen vierten Versuch in Anspruch nehmen oder
 - Sie als Mann und Frau in einer festen, auf Dauer angelegten Partnerschaft und allein auf Grund der Tatsache, dass sie nicht verheiratet sind, keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV haben, haben Sie Anspruch auf eine extrakorporalen Behandlungsmaßnahme.

Sie erhalten für die künstliche Befruchtung einmalig insgesamt 1.500 Euro.

Sehhilfen

- Für Brillen und Kontaktlinsen, für die Ihre GKV nicht leistet zu **100 % bis 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren**

Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

- Für Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen zu **100 % zweimal bis 40 Euro pro Kalenderjahr.**

Die genauen Leistungsbeschreibungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen.

INFORMATIONEN ZUR FAMILIENVERSICHERUNG



Um Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens zu erleichtern, möchten wir Sie mit diesem Merkblatt mit den wichtigsten Einzelheiten der Familienversicherung vertraut machen.

Familienangehörige (Ehegatten, Kinder) von Mitgliedern der BKK·VBU sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei mitversichert. Als Kinder gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält sowie Pflegekinder.

Der Ehegatte und/oder die Kinder

- müssen ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland** haben,
- dürfen **nicht selbst** in der Krankenversicherung **versicherungspflichtig, nicht versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig** sein und
- dürfen kein Gesamteinkommen haben, das monatlich 435 Euro in 2018 übersteigt.

Für geringfügig Beschäftigte gilt eine Einkommensgrenze von 450 Euro monatlich. Bitte tragen Sie die Angaben für Ihren Ehepartner **immer** ein, auch dann, wenn bei uns ausschließlich Ihre Kinder mitversichert sind. Ist Ihr Ehepartner nicht gesetzlich krankenversichert, fügen Sie bitte einen aktuellen Einkommensnachweis bei.

Kinder sind beitragsfrei mitversichert:

- bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
oder
- bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind
oder
- bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt befinden oder ein freiwilliges soziales bzw. ökologisches Jahr absolvieren.

Kinder sind nicht familienversichert, wenn:

- der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist
und
- sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat einen bestimmten Grenzbetrag (im Jahr 2018 = 4.950 Euro) übersteigt
und
- das Einkommen regelmäßig höher als das des Mitgliedes ist.






Darüber hinaus wird die Altersgrenze des 25. Lebensjahres um die Zeit des geleisteten Wehr-, Zivil- oder Freiwilligen Dienstes verlängert, wenn die Schul- oder Berufsausbildung dadurch unterbrochen oder verzögert wird.

Ohne Altersbeschränkung besteht die Familienversicherung fort, wenn ein Kind behindert und außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Hier muss die Behinderung jedoch schon zum Zeitpunkt der Familienversicherung vorgelegen haben.

Bei Neugeborenen besteht alternativ zur privaten Versicherung auch die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung bei der BKK·VBU.

Ehegatten sind in den Schutzfristen vor und nach der Entbindung sowie während der Elternzeit nicht krankenversichert, wenn sie vor diesem Zeitraum nicht gesetzlich krankenversichert waren.



	<p>Bonusprogramm - Gesund leben zahlt sich aus</p> <p>Bis zu 280 Euro pro Jahr je Mitglied inkl. Familienversicherten</p>	<p>bis zu 280 Euro</p>
	<p>Gesundheitsvorsorge</p> <p>Gesundheitsreisen: BKK Well-Aktiv und BKK Aktivwoche Die Kosten der gesundheitsfördernden Maßnahmen übernehmen wir.</p> <p>Bundesweite Gesundheitskurse 80 % Zuschuss für zertifizierte Gesundheitskurse - bei Kursen für Kinder und Jugendliche (6 bis 17 Jahre) sogar 100 %</p>	<p>bis zu 160 Euro</p> <p>bis zu 400 Euro</p>
	<p>(Reise-) Schutzimpfungen</p> <p>Wir übernehmen alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen zu 100 % – sowohl im Inland als auch bei privaten Auslandsreisen, für die ganze Familie. Über unsere Partner, z. B. das BCRT mit acht Praxen bundesweit, erhalten Sie bei Vorlage der Versichertenkarte Ihre Impfberatung und Reiseimpfung ohne Vorkasse.</p>	<p>100% Kosten- übernahme</p>
	<p>Alternative Heilmethoden</p> <p>Osteopathie Wir bezuschussen nach ärztlicher Bescheinigung und ohne Altersbeschränkung bis zu sechs Sitzungen im Kalenderjahr mit 80 % der Kosten (maximal 60 Euro je Sitzung) bei qualifizierten Leistungserbringern. Zu Art und Umfang der erforderlichen Qualifikation beraten wir Sie gern.</p> <p>Homöopathie - sanfte Behandlung Bei der BKK-VBU erhalten Sie homöopathische ärztliche Leistungen ohne Zuzahlung direkt auf Versichertenkarte. Zu den teilnehmenden Ärzten in Ihrer Nähe beraten wir Sie gerne.</p> <p>Anthroposophische Medizin Wir übernehmen die Kosten des ganzheitlichen Behandlungskonzeptes für zusätzliche, ärztliche Leistungen der Anthroposophischen Medizin - direkt über die Versichertenkarte bei Partnern bundesweit. Für die Therapien (Kunsttherapie, Heileurythmie, Rhythmische Massage, Öldispersionsbadetherapie) gelten die gesetzlichen Zuzahlungen.</p>	<p>bis zu 360 Euro</p> <p>ärztliche Leistung ohne Zuzahlung</p> <p>ärztliche Leistung ohne Zuzahlung</p>
	<p>Erstattung apothekenpflichtiger Arzneimittel</p> <p>Wir erstatten Ihnen vom Arzt auf Privatrezept verordnete, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin und Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) bis zu 100 Euro je Kalenderjahr.</p> <p>Schwangere und Mütter von Kindern bis zum ersten Lebensjahr erhalten zudem die Kosten für wichtige Mineralstoffpräparate unbegrenzt erstattet.</p>	<p>bis zu 100 Euro</p> <p>unbegrenzt</p>

	<h3>Mehr für Familien</h3> <p>Erweiterte Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung Erhöhter Kostenzuschuss von 75 % für Ehepaare - Ihr Eigenanteil wird damit halbiert.</p> <p>Exklusive Hebammenrufbereitschaft Kostenübernahme der 24-h-Rufbereitschaft bei Hebammen</p> <p>Babybonus Prämie für Familien, die an Geburtsvorbereitung und Vorsorge teilnehmen</p> <p>Glattflächenversiegelung bei fester Zahnsperre (Brackets) Zuschuss für die Versiegelung der Glattflächen bei Jugendlichen unter 18 Jahren</p> <p>Retainer (Zahnstabilisator) nach fester Zahnsperre An den Kosten eines Unterkieferretainers beteiligen wir uns einmalig mit 150 Euro sowie mit 50 Euro an einer möglichen anfallenden Reparatur.</p>	<p>durchschnittlich 1.800 Euro*</p> <p>bis zu 250 Euro</p> <p>190 Euro</p> <p>100 Euro</p> <p>bis zu 200 Euro</p>
	<h3>Zahnvorsorge</h3> <p>Professionelle Zahnreinigung beim Wunschzahnarzt Sie erhalten zweimal im Kalenderjahr einen Zuschuss von jeweils 30 Euro. Sie brauchen uns nur Zahnarztrechnung, Einzahlungsbeleg und Bankverbindung zusenden. Oder nutzen Sie unser Internerformular. Ganz einfach und ohne Zahnarztwechsel.</p> <p>Zahnersatz ohne Eigenanteil Sie erhalten Zahnersatz ohne Eigenanteil (Regelversorgung). Unsere zahnärztliche Fachabteilung berät Sie gern unter 030 - 7 26 12 27 00. Mehr unter www.dent-net.de</p> <p>Exklusive Zahnsprechstunde Wir bieten Ihnen einen fachkundigen Beratungsservice unter 030 - 7 26 12 27 00 zu folgenden Themen an: Zahnersatz, Parodontose, Implantologie, Kieferorthopädie, konservierende und chirurgische Zahnheilkunde.</p>	<p>bis zu 60 Euro</p> <p>Sie sparen Ihren Eigenanteil.</p> <p>kostenloser Service</p>

*Der tatsächliche Zuschuss richtet sich nach den durchgeführten Maßnahmen im Rahmen der Richtlinie.

Wissenswertes über die BKK-VBU

- › Rund 1.000 Mitarbeiter betreuen über 500.000 Kunden
- › Solide Finanzbasis und stabiler Beitragssatz seit 9 Jahren
- › Sehr gute Rankingergebnisse in Krankenkassenvergleichen
- › Über 40 ServiceCenter bundesweit

UNSERE STANDORTE AUF EINEN BLICK

IMMER FÜR SIE DA

24-h-Servicetelefon
0800 165 66 16*

Servicefax
0800 165 66 17*

info@bkk-vbu.de

 www.facebook.com/bkk.vbu



GANZHEITLICHE ALTERNATIVEN FÜR IHRE GESUNDHEIT



Immer mehr Menschen vertrauen heute auf die Wirksamkeit von alternativen, ergänzenden oder komplementären Heilmethoden. Diese gelten allgemein als besser verträglich und sind mit weniger Nebenwirkungen verbunden. Die BKK·VBU hat deshalb ein ansprechendes Leistungspaket für die ganze Familie entwickelt.

Osteopathie - Heilen mit Händedruck

Ziel der Osteopathie ist die Behandlung von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates mithilfe eines ganzheitlichen Ansatzes. Wie bei allen Leistungen legt die BKK·VBU auch bei der Osteopathie Wert auf Qualität. Wir bezuschussen daher die Kosten für die Behandlung bei Osteopathen, die Mitglied in einem der drei Berufsverbände der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen der Verbände berechtigt.

Die BKK·VBU bietet Ihnen folgende Vorteile:

- › Kostenübernahme für sechs osteopathische Sitzungen im Kalenderjahr
- › Mehrere Behandlungen am Tag gelten als Behandlungseinheit und somit nur als eine Sitzung
- › Erstattet werden 80 Prozent der Kosten, maximal 60 Euro pro Sitzung
- › Es gibt keine Altersbegrenzung



Wie kommen Sie zu Ihrem Zuschuss?

Wenn Sie sich für eine osteopathische Behandlung entscheiden, kann Ihr Hausarzt Sie beraten und eine ärztliche Verordnung ausstellen. Die Abrechnung für Ihre osteopathische Behandlung erfolgt wie bei einem Privatpatienten. Die Rechnung des Osteopathen bezahlen Sie zunächst selbst und reichen sie im Original zusammen mit der ärztlichen Verordnung und einem Zahlungsnachweis ganz einfach bei der BKK·VBU ein. Wir überweisen dann den Erstattungsbetrag auf das von Ihnen angegebene Konto.

Homöopathie - sanfte Behandlung

Ziel der homöopathischen Behandlung ist es, die Selbstheilungskräfte des eigenen Körpers anzuregen und ihm somit zu helfen, aus eigener Kraft wieder gesund zu werden. Ihre BKK·VBU übernimmt die Kosten der homöopathischen Behandlung – direkt über Ihre Gesundheitskarte und ohne Zuzahlung.

Eine homöopathische Behandlung umfasst:

- › ein ausführliches Gespräch (mind. 40 Minuten) mit schriftlicher Aufzeichnung zur eingehenden Analyse des Krankheitsbildes (homöopathische Erstanamnese).
- › die Analyse und Arzneimittelauswahl (Repertorisation)
- › homöopathische Folgeanamnesen und Beratungen

Wie nehmen Sie teil?

Um die Qualität zu sichern, ist die BKK·VBU dem Vertrag des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ) und des Deutschen Apothekerverbands e.V. (DAV) beigetreten. Vereinbaren Sie einen Termin bei einem teilnehmenden Vertragsarzt. Bringen Sie bitte zu jedem Besuch Ihre BKK·VBU Gesundheitskarte mit. Ihr behandelnder Arzt rechnet seine Leistung dann direkt mit uns ab. Sie müssen also nicht in Vorleistung treten.

Homöopathen in Ihrer Nähe.

📍 Eine aktuelle Arztliste bietet Ihnen der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte unter www.dzvhae.de oder rufen Sie uns kostenfrei an unter 0800 165 66 16.

meine-krankenkasse.de

Anthroposophische Medizin - Erweiterung der Schulmedizin

In der Anthroposophischen Medizin wird der Mensch individuell betrachtet. Es werden nicht nur messbare Befunde und die Diagnose des kranken Menschen berücksichtigt, sondern auch sein allgemeines Befinden und seine Lebenssituation. Ärzte mit anthroposophischer Ausbildung erweitern ganz bewusst die Bestandteile der konventionellen Medizin, sowohl bei den Diagnosen als auch bei den Therapien.

Abrechnung direkt auf Gesundheitskarte

Wir sind dem integrierten Versorgungsvertrag zur Anthroposophischen Medizin beigetreten, um unseren Kunden die größten Vorteile zu bieten: die Kosten der Behandlung und die der Therapie* werden direkt von uns übernommen – direkt über Ihre BKK-VBU Gesundheitskarte. Dadurch wird es den teilnehmenden Ärzten und Therapeuten ermöglicht, sich ausreichend Zeit für Sie zu nehmen und Sie müssen nicht in Vorleistung treten.

Zusätzliche ärztliche Leistungen:

- › Erstbehandlung (mind. 60 Minuten)
- › drei Folgebehandlungen pro Jahr (mind. 30 Minuten)
- › vier Beratungen pro Quartal (mind. 7 Minuten)

Therapien*

- › Anthroposophische Kunsttherapie
- › Heileurythmie (Bewegungstherapie)
- › Rhythmische Massagen nach Dr. Ira Wegman
- › Öldispersionsbadetherapie

* zzgl. gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent der Kosten plus 10 Euro je Verordnung. Kostet die Therapie z. B. insgesamt 400 Euro, fallen für den Versicherten 50 Euro (10 Prozent der Gesamtkosten plus 10 Euro Verordnungsgebühr) an.

Alternative Arzneimittel – eine sinnvolle Ergänzung

Als Ergänzung zur Schulmedizin erfreuen sich Arzneimittel der alternativen Therapierichtungen wachsender Beliebtheit. Dazu zählen apothekenpflichtige homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische Arzneimittel.

Im Rahmen unserer Zusatzleistung übernehmen wir:


- › **für Sie** die Erstattung für Arzneimittel der alternativen Therapierichtungen bis zu 100 Euro pro Jahr.
- › **für Schwangere** alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit den Wirkstoffen Jodid, Eisen, Folsäure und/oder Magnesium unbegrenzt.
- › **für Mütter** von der Geburt bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres ihres Kindes alle nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimittel mit dem Wirkstoff Jodid als Monopräparat unbegrenzt.

So einfach profitieren Sie

Für die Erstattung benötigen Sie eine Verordnung vom Arzt. Die Kosten der Arzneimittel sind zunächst von Ihnen selbst zu tragen. Damit wir Ihnen den zu erstattenden Betrag zeitnah überweisen können, reichen Sie uns bitte das Originalrezept unter Nennung Ihrer Bankverbindung ein.



Wir sind für Sie da.

 24-h-Servicetelefon
0800 165 66 16*

 facebook.com/bkk.vbu

 Servicefax
0800 165 66 17*

 meine-krankenkasse.de
info@bkk-vbu.de

*kostenfrei innerhalb
Deutschlands

BKK·VBU – MEINE KRANKENKASSE

Exklusive Leistungen, persönliche Beratung und ausgezeichneter Service – bereits rund 410.000 Versicherte vertrauen der BKK·VBU. Damit zählen wir zu den 30 größten Krankenkassen in Deutschland.

Die BKK·VBU hat ein solides finanzielles Fundament. Das bestätigen auch die Experten des Deutschen Finanz-Service Instituts, die im Auftrag des Magazins FOCUS MONEY die Finanzdaten etlicher Krankenkassen unter die Lupe genommen haben. Weitere Ergebnisse dieser Umfrage zeigen es schwarz auf weiß: Die BKK·VBU gehört zu den Top Krankenkassen Deutschlands. Bundesweit wählbar und erreichbar vor Ort in über 30 Service-Centern.

AUSGEZEICHNETE ZUSATZLEISTUNGEN

Die BKK·VBU kennt die Bedürfnisse der Versicherten und entwickelt maßgeschneiderte Angebote. Familien erhalten den einzigartigen Babybonus, chronisch Kranke gewinnen mehr Lebensqualität mit dem DMP-Programm und Gesundheitsbewusste bekommen mit dem Bonusprogramm „Gesund leben zahlt sich aus“ bis zu 280 Euro (inkl. aller Familienversicherten) im Jahr erstattet. Kurzum, die BKK·VBU hat eines der umfangreichsten Angebote an Zusatzleistungen, die bereits mehrfach ausgezeichnet wurden.

MEHR FÜR FAMILIEN

Das Wohl von Familien, egal ob klassisch, Patchwork oder alleinerziehend, liegt der BKK·VBU besonders am Herzen. Nicht ohne Grund wurde die Krankenkasse daher für ihre Leistungen rund um Familien mehrfach ausgezeichnet: In einem großen unabhängigen Test platzierte sich die BKK·VBU unter den besten Krankenkassen und erhielt das Siegel „Leistungen für Familien sehr gut“.

DAS FAMILIENPAKET

Für Kinder und (werdende) Eltern hat die BKK·VBU ein umfangreiches Paket mit familienfreundlichen Zusatzleistungen geschnürt:

- +** Babybonus von 190 Euro, um damit Ihren PEKIP-Kurs, die Babymassage oder ähnliche Angebote zu finanzieren
- +** Kostenübernahme der Hebammenrufbereitschaft von bis zu 250 Euro bei teilnehmenden Hebammen
- +** Kostenübernahme für ambulante Geburten in zugelassenen Geburtshäusern
- +** erweiterte Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung von 75 Prozent für Ehepaare – der Eigenanteil wird damit halbiert

Und auch für Kinder und Jugendliche gibt es ein umfangreiches Angebot:

- +** Erinnerungsservice zu Vorsorgeuntersuchungen (per Postkarte) und Kostenübernahme für zusätzliche Untersuchungen U10, U11 und J2
- +** erhöhter Zuschuss zu ambulanten Vorsorgekuren für chronisch kranke Kinder
- +** zertifizierte Gesundheitsreisen der BKK Aktivwoche und BKK Well-Aktiv für Familien und Alleinerziehende mit Kindern ab 6 Jahren
- +** 100 Euro Zuschuss zur Glättflächenversiegelung bei festen Zahnsparungen

PERSÖNLICH BERATEN, RUND UM DIE UHR

Rund 800 kompetente Fachleute antworten auf individuelle Fragen der Versicherten, 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr, entweder direkt vor Ort oder am 24-h-Servicetelefon. Und wenn die Experten einmal nicht gleich eine Antwort haben, setzen sie sich innerhalb von 24 Stunden wieder mit dem Versicherten in Verbindung.

Zusätzlich können die Versicherten auf **www.meine-krankenkasse.de** einen Rückruf während der Geschäftszeiten vereinbaren oder im geschützten Bereich einfach und bequem Formulare downloaden.

EXPERTEN KNOW-HOW

Speziell für BKK·VBU-Versicherte organisiert die Krankenkasse Experten-Chats sowie Ratgeber-Telefone und vermittelt bei Aktionstagen in den ServiceCentern ihre Erfahrung und ihr Wissen. Theorie und Praxis vereint das Gesundheitsportal **www.mein-gesundbrunnen.de**. Neben interessanten Artikeln rund um Gesundheit, Vorsorge und Heilen gibt es dort auch Tests, Übungen und Check-ups.

SOZIAL ENGAGIERT

Ob „Fit von klein auf“ in Kindertagesstätten, Sport-Sponsoring, um die Jugendarbeit in Vereinen zu fördern, oder die Unterstützung von Selbsthilfegruppen – wir setzen uns dafür ein, dass Vorsorge nicht nur ein Wort ist, sondern praktisch umgesetzt wird. Und wenn das soziale Engagement über den gesetzlichen Rahmen hinausgeht, kommt das BKK·VBU Familienherz ins Spiel. Der Verein zeichnet jährlich Projekte aus, die zwar nicht im Rampenlicht stehen, doch sich beispielhaft für das Wohl und den Schutz der Familien einsetzen – und das alles ohne öffentliche Fördermittel.

EXKLUSIVE VEREINBARUNGEN

Die BKK·VBU ist Vorreiter bei innovativen Behandlungsformen und vernetzter, qualitätsgesicherter Gesundheitsversorgung. Dazu zählen zum Beispiel Kooperationen und Verträge zur integrierten Versorgung mit Ärzten, Krankenhäusern, Operationszentren und Hebammen.

Das Angebot wird für unsere Versicherten kontinuierlich erweitert. Wir informieren Sie natürlich gern umfassend telefonisch oder über unsere Internetseite **www.meine-krankenkasse.de** über alle aktuellen Kooperationen und teilnehmenden Partner.

INNOVATIVE BEHANDLUNGSFORMEN

Darüber hinaus haben Versicherte der BKK·VBU weitere Vorteile:

- +** Behandlung in Schlafmedizinischen Zentren bei „Schlafapnoe“ (kurzzeitige Atemaussetzer während des Schlafes)
- +** „Hyposensibilisierung“ bei Allergien
- +** enge Zusammenarbeit mit Rückentherapiezentren in Berlin, Hamburg und NRW
- +** erweiterte Schwangerenvorsorge
- +** erweiterte Darmkrebsvorsorge

+ Bonusprogramm – Gesund leben zahlt sich aus
Bargeld statt Punkte sammeln mit unserem Bonusprogramm. Wenn Sie gesund leben und regelmäßig an den gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, erhalten Sie bis zu 130 Euro im Jahr. Aktive Familien werden bei uns besonders gefördert.

+ BKK Aktivwoche und BKK Well-Aktiv – Nachhaltige Präventionsangebote

Genießen Sie eine Woche gesunden Urlaub in zahlreichen Kurorten. Die BKK Aktivwoche ist eine besonders erfolgreiche und zertifizierte Maßnahme zur Gesundheitsförderung. Die Programme sind individuell auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten.

Wenn Ihnen die Zeit für ein Wochenangebot fehlt, dann wählen Sie ein komprimiertes Kursangebot am Wochenende: BKK Well-Aktiv. In den viertägigen Programmen (Bewegung, Entspannung und Ernährung) helfen Ihnen qualifizierte Therapeuten, Belastungen und Krankheitsrisiken einzudämmen und neue Energie zu tanken.

Für BKK Aktivwoche und BKK Well-Aktiv gilt: Die Kosten der gesundheitsfördernden Maßnahmen übernehmen wir. Unter www.meine-krankenkasse.de finden Sie für beide Programme alle Informationen zu Inhalten, freien Terminen und Ihrem Eigenanteil für Übernachtung und Verpflegung.

WEITERE ZUSATZLEISTUNGEN

+ Impfungen inklusive Reiseschutzimpfungen

Wir übernehmen alle ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen zu 100% – sowohl im Inland als auch bei privaten Auslandsreisen, für die ganze Familie. Über unsere Partner, z. B. das BCRT mit neun Praxen bundesweit, erhalten Sie bei Vorlage der Versicherungskarte Ihre Impfberatung und Reiseimpfung ohne Vorkasse.

+ Erweiterte Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege

+ Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (MedPlus)

Für chronisch kranke Menschen mit der Diagnose Diabetes, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sowie Patienten mit Herzinsuffizienz oder Brustkrebs.

+ Wahltarife BKK-VBU PRO – Versicherungsschutz nach Maß

Mit unseren Wahltarifen, wie zum Beispiel dem BKK-VBU PRO Naturarznei, können Sie den Versicherungsschutz Ihren individuellen Bedürfnissen anpassen. Wir beraten Sie gerne ausführlich zu unseren exklusiven Wahltarifen.

+ Osteopathie – eine alternative Heilmethode

Wir bezuschussen nach ärztlicher Verordnung sechs Sitzungen im Kalenderjahr mit 80 Prozent der Kosten (bis zu 60 Euro je Sitzung) bei qualifizierten Leistungserbringern.

+ Homöopathie – sanfte Behandlung

Bei der BKK-VBU erhalten Sie homöopathische ärztliche Leistungen direkt auf Chipkarte bei Partnern bundesweit. Zu den teilnehmenden Ärzten in Ihrer Nähe beraten wir Sie gerne.

+ Gesundheitskurse – Fit bleiben und sparen

Vorbeugen heißt die Devise: Wir bezuschussen ausgewählte Gesundheitskurse in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Reduktion von Genuss- und Suchtmittelkonsum mit 80 Prozent der Kursgebühren (zwei Kurse und bis zu 400 Euro im Jahr). Kurse für Kinder (6 bis 17 Jahre) werden sogar zu 100 Prozent übernommen. Einen Kurs in Ihrer Nähe finden Sie unter www.meine-krankenkasse.de in der Kursdatenbank.

+ Zusatzversicherungen – Über den gesetzlichen Rahmen hinaus gut abgesichert

Unser Partner im Bereich der privaten Zusatzversicherung ist die Barmenia Versicherung. Sie bietet attraktive Leistungspakete zu Vorzugskonditionen an, zum Beispiel für Urlaubsreisen ins Ausland oder die Chefarztbehandlung. Wir beraten Sie gern über die Vorteile.

+ Professionelle Zahnreinigung – Zähne gut, alles gut

Sie erhalten zweimal im Kalenderjahr einen Zuschuss von jeweils 30 Euro. Sie brauchen uns nur Zahnarztrechnung, Einzahlungsbeleg und Bankverbindung zuzusenden. Oder nutzen Sie unser Internetformular. Ganz einfach und ohne Zahnarztwechsel. Alternativ können auch Zahnärzte des DENT-NET®-Netzwerkes genutzt werden: Hier ist die professionelle Zahnreinigung ein Mal jährlich ohne Eigenanteil möglich, die Abrechnung erfolgt per Versicherungskarte direkt zwischen der teilnehmenden Praxis und der BKK-VBU.

+ Anthroposophische Medizin

Wir übernehmen die Kosten des ganzheitlichen Behandlungskonzeptes für zusätzliche, ärztliche Leistungen der anthroposophischen Medizin und die der Therapien (Kunsttherapie, Bewegungstherapie, Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman) – direkt auf Chipkarte bei Partnern bundesweit.

+ Arzneimittel

Wir erstatten Ihnen vom Arzt auf Privat Rezept verordnete, apothekenpflichtige Arzneimittel der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin und Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) bis zu 100 Euro je Kalenderjahr. Schwangere und Mütter von Kindern bis zum ersten Lebensjahr erhalten zudem die Kosten für wichtige Mineralstoffpräparate unbegrenzt erstattet.

→ RAT UND HILFE VON DER BKK-VBU

Haben Sie Fragen zum Zahnersatz, zu Behandlungen und Therapien oder zur Rente? Rund 800 Experten und Mediziner beraten Sie individuell, kompetent und vertraulich.

Weitere nützliche Tipps und informative Ratgeber-Texte zu den Themen Gesundheit, Vorsorge, Krankheiten, Schwangerschaft, Ernährung und Fitness, Einzel- und Gruppenchats sowie Onlineberatung finden Sie auf unserem Gesundheitsportal www.mein-gesundbrunnen.de. Alle Details zur Krankenversicherung bei der BKK-VBU sind unter www.meine-krankenkasse.de aufgeführt.

Wichtige Hinweise

MITGLIED WERDEN IN VIER SCHRITTEN

- 1 Kündigen Sie bei Ihrer bisherigen Krankenkasse und schicken Sie uns die Kündigungsbestätigung.** Diese Bestätigung muss Ihnen von Ihrer bisherigen Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen ausgehändigt werden.
 - 2 Senden Sie uns die ausgefüllte Mitgliedschaftserklärung.** Unter www.meine-krankenkasse.de finden Sie das Formular. Mit dem Online-Mitgliedschaftsantrag können Sie bequem direkt an Ihrem Rechner Mitglied werden. Oder wenden Sie sich an unser kostenfreies **24-h-Servicetelefon: 0800 165 66 16***. Unsere Mitarbeiter nehmen gern Ihre Daten direkt am Telefon auf, senden Ihnen auf Wunsch einen Mitgliedschaftsantrag per Post und beantworten alle Ihre Fragen.
 - 3 Sie erhalten von uns umgehend eine Eingangsbestätigung für Ihre persönlichen Unterlagen.**
 - 4 Wir informieren Ihren Arbeitgeber über Ihre neue Mitgliedschaft bei der BKK-VBU.**
- ➔ **MITGLIEDER WERBEN MITGLIEDER:**
Sind Sie mit der BKK-VBU zufrieden? Dann sagen Sie es doch weiter! Für jedes neu geworbene Mitglied erhalten Sie einen Warengutschein im Wert von 20 Euro. Nähere Infos unter: www.meine-krankenkasse.de

UNBEDINGT BEACHTEN: KÜNDIGUNGS- UND BINDUNGSFRISTEN

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie die freie Krankenkassenwahl. Der Gesetzgeber schreibt allerdings verschiedene Kündigungs- und Bindungsfristen vor.

- 1 Kündigungsfrist: 2 Monate**
Sie können die Mitgliedschaft bei Ihrer bisherigen Krankenkasse mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen. Geht die Kündigung beispielsweise bis zum 31. März bei der bisherigen Krankenkasse ein, ist ein Wechsel zur BKK-VBU zum 1. Juni möglich.
- 2 Bindungsfrist: 18 Monate**
Durch den Wechsel zu einer neuen Krankenkasse binden Sie sich für 18 Monate. Ausnahme: Die Bindungsfrist von 18 Monaten gilt nicht, wenn Sie einen Anspruch auf Familienversicherung haben oder in eine private Krankenversicherung wechseln.
- 3 Sonderkündigung**
Ohne Einhaltung der Bindungsfrist können Sie kündigen, wenn Ihre Krankenkasse
 - erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder
 - den bisherigen Zusatzbeitrag erhöht.Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate zum Monatsende ohne Einhaltung der Bindungsfrist. Bei Wahlтарifen gilt das Sonderkündigungsrecht nicht.
- 4 Wahlтарife**
Die Bindungsfrist und die Regelung zur Verlängerung ergibt sich individuell aus der Satzung der jeweiligen Krankenkasse. Während dieser Zeit ist ein Wechsel zu einer neuen Krankenkasse nicht möglich.

Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen

Inhaltsübersicht:

	Seite
Allgemeine Kundeninformation.....	2-3
Tarif Exklusiv+ ^{*)} <i>(Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)</i>	3-5
Allgemeine Versicherungsbedingungen <i>für den Tarif Exklusiv+</i> <i>(für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Teil I: Musterbedingungen + Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen)</i>	5-20
Hinweise zum Datenschutz	21-23
Beratungsdokumentation.....	24

^{*)} Hinweis:

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

Stand: 01.01.2019

WK 1742 V

Allgemeine Kundeninformation

1. Identität des Versicherten

Versicherer ist die Barmenia Krankenversicherung a. G. in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit mit Sitz in Wuppertal, Amtsgericht Wuppertal HRB 3871. Die Anschrift der Hauptverwaltung lautet: Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal.

2. Ladungsfähige Anschrift

Dies für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer maßgebliche Anschrift lautet:
Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1,
42119 Wuppertal.
Die Barmenia Krankenversicherung a. G. wird vertreten durch den Vorstand. Vorstandsvorsitzender ist Herr Dr. Andreas Eulich.

3. Hauptgeschäftstätigkeit und zuständige Aufsichtsbehörde

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

4. Garantie-/Sicherungsfonds

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

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

- Für die Versicherungen gelten die für die jeweiligen Tarife gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die diesen Unterlagen beigelegt sind.
- Art und Umfang der Versicherungsleistung ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen.

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

6. Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtpreis für die Versicherung ergibt sich für die beantragten Tarife dem Eintrittsalter der zu versichernden Person(en) entsprechend aus der Beitragsübersicht.

7. Steuern, Gebühren oder Kosten

Sollte die Beitragszahlung nicht vereinbarungsgemäß erfolgen, entstehen zusätzlich zu den bereits in den Beiträgen enthaltenen Kosten weitere Aufwände, die in Rechnung gestellt werden können. Dies betrifft Kosten durch die Rückgabe von Lastschriften, Mahnkostenpauschale für entstandenen Aufwand der Mahnbearbeitung sowie ggf. Verzugszinsen bzw. Säumniszuschläge.

8. Einzelheiten zur Beitragszahlung

Siehe Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

9. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind grundsätzlich nicht befristet.

10. Zu-Stande-Kommen des Vertrages

Der Versicherer kann den Antrag innerhalb von sechs Wochen annehmen. Diese Frist beginnt am Tag der Antragsstellung.
Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein innerhalb der Annahmefrist erhält,

kommt der Versicherungsvertrag ohne weitere Willenserklärung zu Stande.

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

Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Barmenia Krankenversicherung a. G.,
Barmenia-Allee 1, 42119 Wuppertal,
Fax (02 02) 4 38 28 46,
E-Mail info@barmenia.de

Widerrufsfolgen

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

Besondere Hinweise

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

12. Laufzeit

Siehe Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

13. Angaben zur Vertragsbeendigung

Siehe Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

14. Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

15. Sprache

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

16. Versicherungsombudsmann

Außergerichtlich kann eine Beschwerde beim Versicherungsombudsmann für private Krankenversicherungen, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, eingelegt werden.

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

17. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

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

18. Wichtige Information zum Schutz Ihrer Daten durch die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“

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

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

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

Tarif Exclusiv+ Ergänzungstarif für osteopathische Behandlungen und andere Naturheil- verfahren, künstliche Befruchtungen, Sehhilfen und Zahnprophylaxe

für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

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

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif Exclusiv+ können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Ein Höchstalter für die Aufnahme in den Tarif Exclusiv+ gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Sie und/oder die versicherten Personen erhalten die Leistungen, wenn Ihre Krankenkasse für die jeweilige Behandlungssitzung keine Kosten übernimmt. Zahlt die Krankenkasse einen Zuschuss, entfallen Leistungen aus diesem Tarif. Erst wenn Sie keine Zuschüsse zu der jeweiligen Leistung mehr erhalten, kommen die Leistungen des Tarifs Exclusiv+ zum Tragen.

Bei Zahnprophylaxe wird auch dann gezahlt, wenn eine Vorleistung der Krankenkasse besteht. Die Leistung der Krankenkasse ist zuerst in Anspruch zu nehmen.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, für die Ihre GKV nicht leistet

100 % der Kosten für osteopathische Behandlungen und andere Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR innerhalb eines Kalenderjahres. Bei Behandlungen, bei denen die Krankenkasse eine Leistung zahlt, entfallen die Leistungen aus diesem Tarif (siehe Berechnungsbeispiel).

Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen Stand 2012 und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang.

Bei Naturheilverfahren durch Ärzte erstatten wir die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren bis zum Höchstzahl des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

Berechnungsbeispiel für Ihren Erstattungsbetrag anhand einer osteopathischen Behandlung:

Ärztliche Verordnung:

6 osteopathische Behandlungen
Leistung der Krankenkasse:
4 Behandlungen zu jeweils 80 %*
Erstattung der Barmeria
2 Behandlungen zu jeweils 100 %
bis 300 EUR pro Kalenderjahr

*Den Eigenanteil von 20 % tragen Sie selbst.

2. Künstliche Befruchtungen (extrakorporale Maßnahmen), für die Ihre GKV nicht leistet

1.500 EUR für künstliche Befruchtungen einmal für die gesamte Vertragslaufzeit. Versicherungsschutz besteht frühestens nach Ablauf eines Jahres seit Beginn dieses Tarifs.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind und nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

Der Anspruch besteht für Personen, die mindestens 25 Jahre alt sind.

Weibliche Versicherte können ihn bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres, männliche Versicherte bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres ausüben. Der Tarif leistet in folgenden Fällen:

- Die GKV hat die Kosten für die ersten drei extrakorporalen Behandlungsmaßnahmen (z. B. In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)) übernommen und zahlt keinen weiteren Versuch. In diesem Fall erhalten Sie bei einem vierten Versuch die Einmalzahlung von 1.500 EUR.
- Sie leben als Mann und Frau in einem gemeinsamen Haushalt in einer festen, auf Dauer angelegten Partnerschaft und haben allein auf Grund der Tatsache, dass sie nicht verheiratet sind, keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV. In diesem Fall erhalten Sie bei einer extrakorporalen Behandlungsmaßnahme die Einmalzahlung von 1.500 EUR.

Die Aufwendungen sind durch Kopien der Rechnungen sowie einen Ablehnungsbescheid der GKV nachzuweisen.

Versichert sind ausschließlich Maßnahmen, bei denen die Ei- und Spermienzellen der Ehepartner bzw. der Frau und des Mannes einer festen, auf Dauer angelegten Partnerschaft verwendet werden. Für künstliche Befruchtungen durch das Sperma oder die Eizellen von Dritten besteht keine Leistungspflicht.

Kein Leistungsanspruch besteht bei intrakorporalen Maßnahmen (z. B. Insemination im Spontanzyklus oder nach hormoneller Stimulation, Gametentransfer).

3. Sehhilfen, für die Ihre GKV nicht leistet

100 % der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren. Wie Sie den Gesamtbetrag innerhalb des Zeitraumes aufteilen, spielt dabei keine Rolle.

Beispiel:

Datum	Kosten	Leistung
18.10. des laufenden Jahres	1. Brille: 150 EUR	150 EUR
01.08. des Folgejahres	2. Brille: 125 EUR	50 EUR
bis 31.12. des Folgejahres		200 EUR insgesamt

Nach Ablauf von zwei Kalenderjahren besteht ein neuer Anspruch auf Sehhilfen, in diesem Beispiel ab 01.01. des dritten Jahres.

4. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen

100 % der Kosten für insgesamt zwei zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen im Gesamtwert von 80 EUR bis zu einem Betrag von jeweils 40 EUR pro Behandlung innerhalb eines Kalenderjahres.

Unter den Versicherungsschutz fallen zum Beispiel

- Feststellen des Zustandes der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleisch-Zustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung (PZR) ausgenommen Zahnreinigung)
- Behandlungen von überempfindlichen Zahnoberflächen
- Fissurenversiegelung

Beispiel:

Datum	Kosten	Zuschuss der Krankenkasse	Leistung aus dem Tarif
01.03. eines Jahres	1. PZR: 80 EUR	z. B. 50 EUR für eine PZR	30 EUR
01.10. des selben Jahres	2. PZR: 80 EUR	keine Leistung	40 EUR

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 18	7,30
ab 18	14,90

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

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KB 13 gilt folgende Beitragsregelung:
Der Beitrag für Kinder (0 - 18) ist bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 18 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter ab 18 zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Zum besseren Verständnis für Sie haben wir daraus folgende tarifliche Regelungen nochmals hervorgehoben.

1. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

Bei der künstlichen Befruchtung haben Sie erst nach Ablauf eines Jahres seit Beginn dieses Tarifs Versicherungsschutz (siehe Buchstabe B, Ziffer 2).

2. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif Exclusiv+ zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV unverzüglich mit.

3. Wird die Liste der Naturheilverfahren aktualisiert?

Ändern sich die im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführten Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, können wir den Leistungsumfang entsprechend ändern. Voraussetzung ist, dass dies zur Wahrung Ihrer Interessen erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen der Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

4. Was ist bei Einreichen der Rechnungen zu beachten?

Bitte lassen Sie auf allen Kostenbelegen von Ihrer GKV bestätigen, wie hoch die Leistung ist bzw. das sie keine Leistungen erbracht hat.

Anhang Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

- Akupressur
- Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte)
- Anthroposophische Medizin
- Antihomötoxische Medizin
- Aromatherapie
- Ausleitende Verfahren:
Aderlass, Baunscheidt-Behandlung, Bier'sche Stauung, Blutegelbehandlung, Canthariden-therapie, Fontanelletherapie, Pustulantien-Behandlung, Schöpfen
- Ayurveda
- Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler
- Bioenergetische Medizin:
Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische System-diagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur

nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm, Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw.

- Carcinochrom-Reaktion
- Chiropraktik (Chirotherapie)
- Colon-Hydrotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Eigenharnbehandlung
- Elementar-Therapie
- Enzymtherapie
- Ernährungsberatung bei Allergien (Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.)
- Feldenkrais-Methode
- Gasgemischinjektionen
- Hautwiderstandsmessungen
- Heilmagnetische Behandlungen
- Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie)
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Hyperthermie
- Irisdiagnostik (Augendiagnostik)
- Isopathie
- Kinesiologie
- Kristallographie
- Lasertherapie
- Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie)
- Lymphdrainage
- Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine
- Neuraltherapie
- Nervenpunktmassage
- Nosodentherapie
- Organotherapie (einschließlich Thymustherapie, Zelltherapie)
- Orthomolekulare Medizin
- Osteopathie
- Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darmsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
- Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektro-therapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
- Phytotherapie
- Proteomik
- Reflexzonenmassagen
- Regena-Therapie
- Regulationsmedizin und Matrixtherapie
- Roeder'sches Verfahren
- Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxxygenierungs-therapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie)
- Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
- Shiatsu
- Spagyrik
- Thermographie
- Thermotherapie
- Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
- Ultraschalltherapie
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif **Exclusiv+ Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

Teil I: Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/IKK 09)

Teil II: Allgemeine Tarifbedingungen der **Barmenia** Krankenversicherung a. G. (TB/IKK 13) (Schrägschnitt)

Für ab dem 21.12.2012 eingeführte Tarife mit schlechtlunabhängigen Beiträgen (Unisex-Tarife).

Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/IKK 09). Abweichungen davon zu Gunsten der Versicherungsnehmer enthalten die Allgemeinen Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung a. G. (TB/IKK 13) und auch die Tarife unter Ziffer 4.

Die dadurch zu Gunsten der Versicherungsnehmer gegenstandslos gewordenen Textstellen der Musterbedingungen (MB/IKK 09) sind zur besseren Transparenz nicht mehr aufgeführt.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne Gesundheitsprüfung annehmen, soweit die Leistungen der Ergänzungsversicherung nicht höher oder umfassender sind als die der Krankheitskosten-Vollversicherung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann für die Mehrleistungen ein Risikozuschlag verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeiten gemäß § 3 MB/IKK 09 einzuhalten.

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

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

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

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

3.1 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

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

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

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

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

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

2.4 Gebühren sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind deren Gebühren im tariflichen Umfang auch über den Gebührenrahmen der gültigen deutschen Gebührenverzeichnisse für Heilpraktiker hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist. Bei sozialpädiatrischen Zentren sind auch die mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen erstattungsfähig. Bei Behandlungen im Ausland sind in der Krankheitskosten-Vollversicherung Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus erstattungsfähig, sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist.

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

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

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

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

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

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

4.1 Wird vom Krankenhaus der Entlassungstag nicht gesondert berechnet, so gilt dieser Tag in der Krankheitskostenversicherung ebenfalls nicht als Tag einer stationären Heilbehandlung.

4.2 Bei einer stationären Heilbehandlung sind drei Formen möglich:

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

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

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

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

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

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

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

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kunden bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden

die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.

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

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

7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer gibt 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 und Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunfts- oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einen benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunfts- oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

9. Ist die versicherte Person Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG) (siehe Anhang) (Organempfänger) bei dem Versicherer krankheitskostenvollversichert, trägt dieser nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger (versicherte Person) im vereinbarten tariflichen Umfang, sondern tritt auch

für die Absicherung der bei dem Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Die Absicherung des Organspenders wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers (versicherte Person). Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders gilt als Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers (versicherte Person) im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG.

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

a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme werden die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang erstattet. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbare Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch den Versicherer erstattet.

b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten bei dem Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige auf Grund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden erstattet, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.

c) Weiterhin werden die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG (siehe Anhang) für den Organspender übernommen.

d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten „Behandlungsort“ werden ebenfalls erstattet.

e) Damit der Organspender auf Grund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten keine Nachteile erleidet, erstattet der Versicherer dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstaufschlag. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und seine Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender auf Grund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstaufschlag erleidet, werden anstelle des Verdienstaufschlags dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet.

f) Vom Organempfänger (versicherte Person) vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

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

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

Die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt das

satzungsgemäß zuständige Organ; als Form der Verwendung kann es u. a. wählen: Auszahlung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitrags-erhöhungen.

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

- für die betreffende versicherte Person keine Leistungen nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden;
- die versicherte Person während des gesamten Kalenderjahres nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert war und am 30. Juni des Folgejahres noch versichert ist; das zweite Erfordernis entfällt, wenn die versicherte Person wegen Krankenversicherungspflicht oder Tod ausgeschieden ist;
- c) die auf das abgelaufene Kalenderjahr entfallenden Beiträge spätestens bis zum 31. Januar des Folgejahres gezahlt worden sind. Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung kann bar, durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

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

1a.1 Abweichend von Absatz 1. a) besteht bei Kriegereignissen nur für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle keine Leistungspflicht, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen verursacht worden sind.
Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des Absatz 1. a).
Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von Absatz 3 geleistet.

- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

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

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

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

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

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

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

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

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

e) gegenstandslos;

f) entfallen; *)

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

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

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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 Versicherungsnahmers 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.

1.1 Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Die Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen oder durch Rechnungszweitschriften,

auf denen die Leistungen anderer Versicherer oder Kostenträger bestätigt sind, nachzuweisen. Arztrechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung aller Krankheiten, Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Ziffern der angewendeten Gebührenordnung, Daten der Behandlung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnahmers

§ 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 Anrechnungzeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

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

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

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des 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 Versicherungsnahmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

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

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

5. Kommt der Versicherungsnahmer 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 Versicherungsnahmer 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 Versicherungsnahmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens [...] EUR 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 § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Altersrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

6.1 Mahnkosten werden nur in nachweisbarer Höhe erhoben.

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

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

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

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den techni-

nischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte(t) fällige 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 Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterswandens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

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

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

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

§ 8b Beitragsanpassung

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

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

erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des 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 Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungs berechtigung 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 Dienstleistungen) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

1.1 Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht fristgemäß nach Abs. 1 kündigt.

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

3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn

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

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

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

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

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

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

8. Bei Kündigung einer Krankheitskosten-Vollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG

– siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

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

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

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

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

2.1 *Der Versicherer verzichtet auch dann auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn bei ihm lediglich eine Krankheitskosten-Teilversicherung nach Abs. 2 besteht.*

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

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

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

3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in

§ 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es auf Grund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.1 *Das Versicherungsverhältnis endet auch dann nicht, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz verlegt.*

3.2 *Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten oder die Schweiz, endet das Versicherungsverhältnis, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wurde, frühestens jedoch, wenn der Versicherer von dieser Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes Kenntnis erlangt.*

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

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

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

3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaats 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 anzusehender 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 höchst-richterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen

berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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 Gefahr-umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

5. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen

Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person;

Versicherungspflicht

3. Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenersatzung 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 sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfeszatz 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.

§ 204 Tarifwechsel

1. Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen

Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung ist nur möglich, wenn

a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder

b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde; ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

a) die kalkulierte Altersrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;

b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Altersrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Altersrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

2. Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Altersrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

3. Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Abs. 1 Nr. 1.

4. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

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

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und (...)

§ 149 Prämienzuschlag in der substitutiven Krankenversicherung

In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 Prozent der jährlichen gezillerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Altersrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 Guthrift zur Altersrückstellung; Direktguthrift

1. Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Altersrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Guthrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überszins).

2. Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Altersrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Altersrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

3. Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur

zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämien erhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämien senkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämien senkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämien ermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

4. Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermehrung oder Begrenzung von Prämien erhöhungen oder zur Prämien ermäßigung zu verwenden. Die Prämien ermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Prämie ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 153 Notagentarif

1. Nichtzähler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

2. Für alle im Notagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notagentarif zu zahlende Prämie ist die Altersrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Altersrückstellung geleistet werden.

§ 338 Zuschlag in der Krankenversicherung
Ist ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung vor dem 1. Januar 2000 geschlossen, gilt § 149 mit der Maßgabe, dass

1. der Zuschlag erstmals am 1. Januar des Kalenderjahres, das dem 1. Januar 2000 folgt, zu erheben ist,
2. der Zuschlag im ersten Jahr 2 Prozent der Bruttoprämie beträgt und an jedem 1. Januar der darauf folgenden Jahre um 2 Prozent,

jedoch auf nicht mehr als 10 Prozent der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,

3. das Versicherungsunternehmen verpflichtet ist, dem Versicherungsnehmer rechtzeitig vor der erstmaligen Erhebung des Zuschlages dessen Höhe und die jährlichen Steigerungen mitzuteilen, und
4. der Zuschlag nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung nach Nummer 3 schriftlich oder elektronisch widerspricht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

2a. Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfensatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt, (...)

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPaRTG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

3. Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

4. Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

2. Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

3. Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

Auszug aus dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (TPG)

§ 8 Entnahme von Organen und Geweben

1. Die Entnahme von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere ist bei einer lebenden Person, soweit in § 8a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

- a) die Person
 - b) volljährig und einwilligungsfähig ist, nach Absatz 2 Satz 1 und 2 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
 - c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
2. die Übertragung des Organs oder Gewebes auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Lebens dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
 3. im Fall der Organentnahme ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und
 4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

2. Der Spender ist durch einen Arzt in verständlicher Form aufzuklären über

1. den Zweck und die Art des Eingriffs,
2. die Untersuchungen sowie das Recht, über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet zu werden,
3. die Maßnahmen, die dem Schutz des Spenders dienen, sowie den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organ- oder Gewebeentnahme für seine Gesundheit,
4. die ärztliche Schweigepflicht,
5. die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und die Folgen für den Empfänger sowie sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Spende beimisst, sowie über
6. die Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten.

Der Spender ist darüber zu informieren, dass seine Einwilligung Voraussetzung für die Organ- oder Gewebeentnahme ist. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Spenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muss auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden. Satz 3 gilt nicht im Fall der beabsichtigten Entnahme von Knochenmark.

3. Bei einem Lebenden darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich der Spender und der Empfänger, die Entnahme von Geweben erst, nachdem sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat. Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 8a Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen Personen

Die Entnahme von Knochenmark bei einer minderjährigen Person zum Zwecke der Übertragung ist abweichend von § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b sowie Nr. 2 mit folgender Maßgabe zulässig:

1. Die Verwendung des Knochenmarks ist für Verwandte ersten Grades oder Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen.
2. Die Übertragung des Knochenmarks auf den vorgesehenen Empfänger ist nach ärztlicher Beurteilung geeignet, bei ihm eine lebensbedrohende Krankheit zu heilen.
3. Ein geeigneter Spender nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 steht im Zeitpunkt der Entnahme des Knochenmarks nicht zur Verfügung.
4. Der gesetzliche Vertreter ist entsprechend § 8 Abs. 2 aufgeklärt worden und hat in die Entnahme und die Verwendung des Knochenmarks eingewilligt. § 1627 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist anzuwenden. Die minderjährige Person ist durch einen Arzt entsprechend § 8 Abs. 2 aufzuklären, soweit dies im Hinblick auf ihr Alter und ihre geistige Reife möglich ist. Lehnt die minderjährige Person die beabsichtigte Entnahme oder Verwendung ab oder bringt sie dies in sonstiger Weise zum Ausdruck, so ist dies zu beachten.
5. Ist die minderjährige Person in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Entnahme zu erkennen und ihren Willen hiernach auszurichten, so ist auch ihre Einwilligung erforderlich.

Soll das Knochenmark der minderjährigen Person für Verwandte ersten Grades verwendet werden, hat der gesetzliche Vertreter dies dem Familiengericht unverzüglich anzuzeigen, um eine Entscheidung nach § 1629 Abs. 2 Satz 3 in Verbindung mit § 1796 des Bürgerlichen Gesetzbuchs herbeizuführen.

Hinweise zum Datenschutz für Interessenten und Kunden

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch das für die Datenerhebung verantwortliche Barmenia-Unternehmen und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Je nachdem, ob der von Ihnen angestrebte oder unterhaltene Versicherungsschutz und/oder Kredit von der Barmenia Krankenversicherung a. G., der Barmenia Lebensversicherung a. G. oder der Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG zur Verfügung gestellt wird, ist das jeweilige, den konkreten Versicherungsschutz bietende Versicherungsunternehmen die für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle. Die Namen und Kontaktdaten der drei Unternehmen lauten wie folgt:

Barmenia Krankenversicherung a. G.
Barmenia Lebensversicherung a. G.
Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal
Telefon: 0202 438-00
E-Mail: info@barmenia.de

Den gemeinsamen **Datenschutzbeauftragten** der vorgenannten Unternehmen erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@barmenia.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ („Code of Conduct“) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter datenschutz.barmenia.de abrufen.

Stellen Sie persönlich oder über einen von Ihnen beauftragten Versicherungsmakler oder über einen unserer selbstständigen Versicherungsvertreter einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder holen Sie ggf. über einen der vorgenannten Vermittler ein Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei uns ein, so benötigen wir Ihre im Antragsformular oder in der Angebotsmaske abgefragten personenbezogenen Daten (einschließlich Gesundheitsdaten bei manchen Produkten) zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos und ggf. für die Begründung des Versicherungsvertrages.

Im Falle der Antragsaufnahme/Angebotseinholung durch einen Versicherungsvertreter erhebt dieser die vorgenannten Daten zunächst zur Ausübung seiner Vermittlungstätigkeit. Mit der offiziellen Weiterleitung Ihres Antrages an unser Haus oder mit der Eingabe Ihrer Daten in die elektronische Angebotsmaske unseres Unternehmens im Falle der elektronischen Angebotseinholung übermittelt der Vertreter besagte Daten an uns. Nehmen wir Ihren Antrag oder nehmen Sie unser Angebot an, so kommt der gewünschte Versicherungsvertrag zu

Stande und wir verarbeiten diese und die von uns im Laufe der Vertragsdauer erhobenen personenbezogenen Daten zugleich zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Rechnungsstellung oder Vertragsänderung. Im Leistungsfall benötigen wir von Ihnen weitere Angaben etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einem Unternehmen der Barmenia bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche Zwecke und zur Erfüllung des mit Ihnen zu schließenden bzw. geschlossenen Vertrages ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Soweit zum Vertragsabschluss und dessen Durchführung besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) erforderlich sind, benötigen wir Ihre Einwilligung. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes sowie Durchführung von IT-Tests
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Barmenia-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Prüfung Ihrer Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft
- zur Verhinderung, Aufklärung und Erfassung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Berichtspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir ggf. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versi-

chungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellen wir Ihnen unter datenschutz@barmeria.de zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vertreiber/Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vertreiber/Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vertreiber/Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten, sofern sie ihm unmittelbar von Ihnen oder einem Dritten mitgeteilt worden sind, an den Sie betreuenden Vertreiber/Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Die Versicherungsunternehmen der Barmeria Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. So können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Service, zu Abrechnungszwecken oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in einem gemeinsamen Programm für alle Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Antrag/Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter datenschutz@barmeria.de entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Strafverfolgungsbehörden, Finanzbehörden oder Sozialversicherungsträger).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche von uns oder gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz
und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Hierzu übermitteln wir Ihre Daten (Name, Adresse, ggf. Geburtsdatum) an die Auskunftei. Detaillierte Informationen zu Auskunfteien finden Sie unter datenschutz@barmeria.de.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Barmeria Allgemeine Versicherungs-AG nutzt ggf. bei der Kfz-Schadenbearbeitung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Detaillierte Informationen zu HIS finden Sie unter datenschutz@barmeria.de.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer und anderen Stellen

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten z. B. mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer oder den mitgeteilten behandelnden Ärzten sowie mit Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. erfolgen. Sofern wir bei unseren Anfragen, z. B. an den Vorversicherer, besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) übermitteln und von uns

solche besonderen Daten erhoben werden, holen wir im Einzelfall zuvor Ihre Einwilligung ein.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Im Rahmen der Leistungsabrechnung von Krankenversicherungen entscheiden wir aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln. Hierbei berücksichtigen wir beispielsweise die jeweilige Einstufung der abzurechnenden Medikamente bzw. Heilbehandlungen.

Beratungsdokumentation

Gesprächsanlass nach Lebensbereichen:	Private Krankenergänzungsversicherung
Wünsche des Kunden:	Kunde wünscht vorrangig die eigene Absicherung. Die Absicherung von Kosten für medizinische (Zahn-)Behandlung, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel.
Empfehlung an den Kunden:	Abschluss einer privaten Krankenergänzungsversicherung
Begründung der Empfehlung:	Die Versicherung ergänzt die vorhandene Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung.
Entscheidung des Kunden:	Kunde nimmt den Rat an.
Hinweis:	Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag. Der Abschluss des gewählten Krankenergänzungs-Tarif erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden.
BDSG-Klausel:	Ich willige ein, dass die vorstehenden Daten an die Barmenia Krankenversicherung a. G., die Barmenia Lebensversicherung a. G. und die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG übermittelt werden dürfen. Diese Unternehmen sind befugt, die Daten zu Beweis Zwecken zu speichern. Die Zustimmung zur Speicherung und Übermittlung kann von mir jederzeit widerrufen werden.