Debeka Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif BC mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Juni 2022 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

A. Aufwendungsersatz

Der Versicherer erstattet unter Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Leistungen des Versicherers verbleibende Aufwendungen. Soweit Beihilfevorschriften Selbstbeteiligungen (zum Beispiel als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen. Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

1. Laborleistungen und Praxiskosten bei Zahnbehandlung und Zahnersatz

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für besonders berechenbare zahntechnische Laborleistungen und Praxiskosten (auch für Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial) bis zu 6.150 Euro je Kalenderjahr.

Für das Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und für die beiden folgenden Kalenderjahre zusammen erstattet der Versicherer je versicherte Person bis zu 2.250 Euro. Die Aufwendungen gelten im Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Die Begrenzung gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Bei unmittelbarem Übertritt aus einem Tarif des Versicherers mit Zahnleistungen wird die Versicherungszeit angerechnet.

Die gewährte Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen, aus dem auch die grundsätzliche Höhe der Beihilfefähigkeit für besonders berechenbare zahntechnische Laborleistungen und Praxiskosten hervorgehen muss.

2. Auslandsreise

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für:

2.1 Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bei Reisen ins Ausland

2.2 Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu einem diesem Wohnsitz nächstgelegenen Krankenhaus, das grundsätzlich zur Behandlung geeignet ist, wenn
- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
- nach ärztlicher Prognose eine stationäre Behandlung länger als 14 Tage dauern würde.

Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung der versicherten Person zu befürchten ist.

2.3 Überführung bei Tod einer versicherten Person

2.4 Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

Als Ausland gelten alle Länder außer denjenigen, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

3. Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes, sofern sie nicht bereits nach dem Tarif B erstattet werden.

4. Gesondert berechenbare ärztliche und sonstige therapeutische stationäre Behandlung im Krankenhaus

Wenn Versicherungsschutz sowohl nach Tarif B als auch Tarif WL besteht, werden Leistungen für gesondert berechenbare ärztliche und sonstige therapeutische stationäre Behandlung im Krankenhaus erstattet, die über den Leistungsumfang der vorgenannten Tarife hinausgehen.

5. Einbettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung, stationärer Entbindung beziehungsweise ersatzweise Krankenhaustagegeld

Der Versicherer erstattet die Differenz zwischen der Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung.

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung keine gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer in Anspruch nimmt, erhält der Versicherungsnehmer ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro. Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

6. Stationäre Behandlung in einer Privatklinik

Der Versicherer erstattet für stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik), Aufwendungen für die Inanspruchnahme der Allgemeinen Pflegeklasse einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

7. Heilpraktiker

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Leistungen durch Heilpraktiker.

8. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Der Versicherer erstattet vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

9. Beihilfefähige Hilfsmittel

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung beihilfefähiger Hilfsmittel (außer Brillen, vergleiche die Nummern 10.1 bis 10.3), Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke bis zur beihilfefähigen Höhe.

10. Brillen einschließlich Reparaturen

10.1 Brillen (Brillengestelle und Brillengläser), sofern sie nach den jeweiligen Beihilfevorschriften beihilfefähig sind, bis zur beihilfefähigen Höhe.

10.2 Sofern Beihilfevorschriften keine Beihilfefähigkeit für Brillen vorsehen, werden bei Aufwendungen – für maximal zwei Brillengläser im Kalenderjahr – Leistungen für Einstärkengläser bis zu 30 Euro je Glas und für Mehrstärkengläser bis zu 75 Euro je Glas erbracht.

10.3 Wurden für ein Kalenderjahr bereits Aufwendungen nach Nummer 10.1 erstattet, besteht für das gleiche Kalenderjahr keine Leistungspflicht nach Nummer 10.2. Gleiches gilt auch im umgekehrten Fall.

11. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

DiGA sind Anwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Verbleibende Aufwendungen für DiGA werden unter der Voraussetzung erstattet, dass der Versicherer eine Leistungszusage im Rahmen der Hauptversicherung nach Tarif B erteilt hat.
Etwaige Kürzungen der Erstattungsleistung durch die Beihilfe bleiben hierbei unberücksichtigt.

Anmerkung zu den Nummern 1, 3, 4, 6 und 7

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht. Bei gesondert berechenbarer ärztlicher und therapeutischer Behandlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt erstattet der Versicherer angemessene Mehraufwendungen von Vergütungsvereinbarungen, sofern diese medizinisch begründet sind.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.
Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

3. Für Leistungen, die nicht der GOÄ, dem GebüH oder der GOZ entsprechen, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

4. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes nach Abschnitt III Nr. 5.2 oder 5.21 in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, leistet der Versicherer unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ, des GebüH und der GOZ.

B. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für jeden Tag, für den nach Abschnitt II Buchstabe F des Tarifs B Aufwendungen erstattet werden, erhält der Versicherungsnehmer zusätzlich ein Tagegeld.

Das Tagegeld beträgt:

1. bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kurort ..... 11 Euro,

2. bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) nach § 4 Abs. 5 und § 5 Abs. 1 Buchst. d MB/KK 2009 ..... 22 Euro.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die bei der Debeka nach Tarif B versichert sind und für die ein Beihilfeanspruch im Krankheitsfall besteht (zum Beispiel Beamte, Richter) sowie berücksichtigungsfähige Angehörige.

Wenn der Leistungsanspruch der dazugehörigen Hauptversicherung wegen Nichtzahlung des Beitrags nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht, endet die Versicherungsfähigkeit nach Tarif BC.

1.2 Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung – auch bei einer Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Ist das Kind bei Vollendung des 20. Lebensjahres nicht im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils berücksichtigungsfähig, ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Beitrag für Vollbeitragspflichtige zu zahlen.

Der Beitrag für Kinder wird weiterhin erhoben, wenn und solange das Kind nach Vollendung des 20. Lebensjahres im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils berücksichtigungsfähig

ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Diese Frist verlängert sich um die Dauer des Zeitraums eines von dem Kind abgeleisteten Dienstes, sofern während dieses Dienstes kein Anspruch auf Kindergeld bestand (zum Beispiel Grundwehrdienst, Zivildienst sowie andere in § 32 Abs. 5 Einkommensteuergesetz genannte Dienste). Die Tarifbezeichnung wird um den Zusatz „H“ ergänzt. Entfallen die in Satz 4 und 5 genannten Voraussetzungen, ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag für Vollbeitragspflichtige nach dem erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr) zu zahlen.

Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge sind keine Vollbeiträge.

3 Beitragsrückerstattung

3.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten versicherte Person berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 3.1.1 bis 3.1.3 erfüllt.

3.1.1 **Leistungsfreiheit:** Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen des Versicherers erbracht.

3.1.2 **Beitragszahlung:** Die für das abgelaufene Kalenderjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

3.1.3 **Weiterbestehen der Versicherung:** Die Versicherung bestand vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten bis zum 30. Juni des Folgejahres nach Tarifen fort, die eine BRE vorsehen; es sei denn, für die versicherte Person wurde die Versicherung nach dem 31. Dezember des abgelaufenen Jahres wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder Tod geändert oder beendet.

3.2 Berücksichtigt sind auch im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherte, deren Versicherung nicht ganzjährig bestand, bei
- der Vereinbarung der Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten oder
- der erstmaligen Vollbeitragspflicht*,

wenn für diese Zeiträume keine Leistungen des Versicherers erbracht wurden und die Voraussetzungen der Nummern 3.1.2 und 3.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

---

* Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens- oder Anwartschaftsbeiträge sind keine Vollbeiträge.

4 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vorgenommen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

5 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

5.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

5.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu den Nummern 1, 3, 4, 6 und 7).

5.3 Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009: Wechsel in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung
Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 gekündigt, kann der Versicherungsnehmer die Umstellung in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5.4 Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

5.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung
Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist. Die dreimonatige Mindestversicherungsdauer für ein Elternteil muss dann nicht erfüllt sein. Dies gilt nicht, wenn für das Neugeborene ein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besteht.

5.6 Zu § 2 Abs. 3 MB/KK 2009: Adoption von Kindern
Abweichend von § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Vereinbarung eines Risikozuschlages.

5.7 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten
Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung gelten die allgemeinen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009.

Bei einem unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall verzichtet der Versicherer auf Wartezeiten für Leistungen nach Abschnitt II Buchstabe A Nr. 2.

Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz (Abschnitt II Buchstabe A Nr. 1) entfallen auch die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird und der Versicherungsschutz nach Tarif B gleichzeitig mit diesem Tarif vereinbart wurde.

5.8 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

5.9 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

5.10 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

5.11 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe B.

5.12 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

5.13 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Suchterkrankungen
Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen erstattet der Versicherer nach Abschnitt II Buchstabe A Nr. 2, 4, 5 und 6.

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009 leistet der Versicherer für Entwöhnungs- beziehungsweise Entzugsbehandlungen nach Abschnitt II Buchstabe A Nr. 6 und 8. § 5 Abs. 3 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

5.14 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

5.15 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nach Abschnitt II Buchstabe B.

5.16 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels sowie das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer) angegeben sein. Bei Zahnbehandlung und Zahnersatz müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen sowie die besonders berechneten Praxiskosten müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

Bei Geltendmachung von Überführungs- beziehungsweise Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

5.17 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

5.18 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

5.19 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.

5.20 Zu § 13 Abs. 8 MB/KK 2009: Mitgabe des Übertragungswertes
Für Versicherte, die aus einem Tarif ohne kalkulierten Übertragungswert in diesen Tarif gewechselt sind, gilt bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer § 13 Abs. 8 Satz 1 MB/KK 2009 entsprechend.

5.21 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland kann der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen fortgeführt werden:

1. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland den Versicherer hierüber zu unterrichten.
2. Das Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz liegen.
3. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu den Nummern 1, 3, 4, 6 und 7).

6 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif BC mit Beendigung der Versicherung nach Tarif B, oder wenn der Versicherer nach § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG wegen Nichtzahlung des Beitrags das Ruhen des Vertrages der Versicherung nach Tarif B festgestellt hat.

IV. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

1. Aufnahme- und versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen A sind Personen, die das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und

1.1 in der Berufsausbildung (nicht Schüler und Studenten) sind und die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine sonstige Vergütung erhalten – ausgenommen Anwärterbezüge und Ausbildungsvergütungen – sowie

1.2 deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

2. Sofern die versicherte Person nach Nummer 1.1 im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos wird und die Tarifstufe B100 mit den Besonderen Bedingungen A vereinbart ist, wird der Tarif BC beitrags- und leistungsfrei fortgeführt.

3. Der Versicherer erstattet keine Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

4. Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

5. Zur Berechnung der Beiträge der Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen A gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

6. Die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung der versicherten Person nach Nummer 1.1 endet, wenn sie diese vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht. Für die versicherte Person nach Nummer 1.2 endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Ablauf des Monats, in dem diese eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Spätestens vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 39. Lebensjahres der versicherten Person nach Nummer 1.1 folgt, endet die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A für alle versicherten Personen nach den Nummern 1.1 und 1.2; das gilt auch für die versicherte Person nach Nummer 1.2, wenn nur sie das 39. Lebensjahr vollendet.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A richtet sich der Beitrag für die jeweilige versicherte Person nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

7. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen A nach Nummer 6 innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

8. Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen A wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „A“ ergänzt.