

**Private Studentische Krankenversicherung (PSKV)
Allgemeine Versicherungsbedingungen (Tarif PSKV)
B3 51 115**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Beschwerdemöglichkeiten
- § 18 Gerichtsstand
- § 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 20 Wechsel in den Standardtarif

Tarif PSKV

- (1) Ambulante Heilbehandlung
- (2) Stationäre Heilbehandlung
- (3) Stationäre Entbindung
- (4) Zahnärztliche Behandlung
- (5) Zuschüsse in bestimmten Fällen
- (6) Beitrag

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs PSKV für zahn-technische Leistungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a) Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf 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.

(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.

(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.

II

(1) In Abänderung von Teil I Abs. 1 Satz 2 werden bei Versicherungsfällen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, die ab diesem Zeitpunkt entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlung erstattet.

(2) Die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen ohne Wartezeit gemäß Teil I Abs. 2 sind erfüllt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil nach dem Tarif für die PSKV versichert ist.

§ 3 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

I

(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.

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

(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.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 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.

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

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

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die er bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder

Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

II

Beitragsrückerstattung

- a) Die Beitragsrückerstattung ist erfolgsabhängig.
- b) Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Über Voraussetzungen, Art und Umfang der Beitragsrückerstattung entscheidet das zuständige Organ.
- c) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen. Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr können nach Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden.
- d) Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zugunsten der Versicherten kann auch geschehen durch: Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung). Im letzteren Fall bedarf es der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, 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 Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

I

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Übertragung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte
 - a) Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.
 - b) Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, muss der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich anzeigen. Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger dem Versicherer die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Der Versicherer benötigt regelmäßig nicht das Original der Abtretungsur-

kunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, muss der Versicherer nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall kann der Versicherer die Forderung weiterhin erfüllen, indem er an den Versicherungsnehmer leistet.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

II

(1) Der Versicherungsnehmer kann mit dem Arzt bzw. Zahnarzt vereinbaren, ob die Behandlung über einen Behandlungsausweis des Versicherers oder gegen Privatrechnung durchgeführt wird.

a) Nimmt der Arzt bzw. Zahnarzt den Behandlungsausweis des Versicherers an, so werden Behandlungskosten bis zu den tariflichen Versicherungsleistungen unmittelbar zwischen dem Arzt bzw. Zahnarzt und der Schadenregulierungsstelle des Versicherers abgerechnet.

b) Lehnt der Arzt bzw. Zahnarzt die Annahme des Behandlungsausweises ab und führt er die Behandlung gegen Privatrechnung durch, so hat der Versicherungsnehmer die Behandlungskosten selbst zu zahlen. Die Auszahlung der tariflichen Versicherungsleistungen erfolgt nach Einreichung der Privatrechnung beim Versicherer. Auch unbezahlte Rechnungen können zur Erstattung eingereicht werden.

(2) Die Rechnungen sind bei einer Kostenerstattung gemäß Absatz 1 b) in Urschrift einzureichen und müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung, ggf. die Angabe der gewählten Unterkunft im Krankenhaus sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der Verordnung einzureichen.

(3) Ist ein Krankenausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (§ 6 Abs. 6) insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

I

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

rungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) 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 die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinsatz verzinst.

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer im Tarif PSKV mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG 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 da-

von 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 stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) 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 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.

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

II

(1) In Abänderung von Teil I Abs. 1 gilt der Beitrag als Semesterbeitrag für den jeweiligen Versorgungsabschnitt und wird bei dessen Beginn fällig. Er kann auch in monatlichen Raten gezahlt werden, die jeweils zum Ersten eines jeden Monats fällig werden.

(2) ---

(3) Als Mahnkosten werden 1,02 Euro berechnet.

(4) Nach Ablauf des Monats, in dem das 16., 20., 25. oder 30. Lebensjahr vollendet wird, ist der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

I

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person

berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

II

In Abänderung von Teil I Abs. 2 wird das Geschlecht der versicherten Person bei einer Änderung des Beitrags nicht berücksichtigt.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dem entsprechend werden jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als 5 v. H., so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG 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) 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, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

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

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

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer 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 unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

I

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

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

(3) 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 Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versiche-

ners zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

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

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

II

Der Versicherungsvertrag ist auf die Dauer eines Versorgungsabschnitts abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend jeweils um einen Versorgungsabschnitt, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht einen Monat vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

Als Versorgungsabschnitt gilt der Zeitraum vom 1. April bis 30. September (Sommersemester) oder vom 1. Oktober bis 31. März (Wintersemester); an den Fachhochschulen der Zeitraum vom 1. März bis 31. August (Sommersemester) oder vom 1. September bis 28. bzw. 29. Februar (Wintersemester).

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

I

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht sowie für eine nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung betrieben wird.

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

(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. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

II

Das Versicherungsverhältnis im Tarif PSKV ist geeignet, die Pflicht zur Versicherung zu erfüllen.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

I

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser 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.

II

(1) Das Versicherungsverhältnis endet auch bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit, spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Die versicherten Personen haben in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, unter Zugrundelegung des dann erreichten Alters die Überführung auf andere Krankheitskostentarife, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet. Der Antrag auf Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden; bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich schriftlich davon zu unterrichten, wenn seine Versicherungsfähigkeit oder diejenige einer versicherten Person weggefallen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Beschwerdemöglichkeiten

(1) Sollte der Versicherungsnehmer nicht zufrieden sein, wende er sich bitte gerne an den Versicherer. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten findet der Versicherungsnehmer unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Die Beschwerde kann auch an den Versiche-

ungsvermittler des Versicherungsnehmers gerichtet werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Der Versicherer nimmt am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

Sofern der Versicherungsnehmer als Verbraucher den Versicherungsvertrag auf elektronischem Wege (z.B. über eine Website oder via E-Mail) geschlossen hat, kann er für seine Beschwerde auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Online-Streitbeilegungsplattform (Website: www.ec.europa.eu/consumers/odr/) nutzen. Die Beschwerde wird von dort an den Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

(3) Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde kann der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

(4) Unabhängig von der Beschwerde hat der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 18 Gerichtsstand

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

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

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

§ 19 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Vor-

aussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

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

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

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

Teil III - Tarif PSKV

Versicherungsfähig sind die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebenen Studentinnen und Studenten ohne Berufsausübung. Ehegatten und Kinder können im Falle ihrer Unterhaltsberechtigung mitversichert werden. Ihre Mitversicherung ist, abgesehen von § 2 Teil II Abs. 2, ausgeschlossen, wenn sie selbst regelmäßig Einkommen erzielen oder Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Für ein Kind gilt dies auch dann, wenn ein Elternteil regelmäßig Einkommen erzielt.

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie bei ambulanter Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie bei ambulanter und Haus-Entbindung Aufwendungen für

a) ärztliche Leistungen: 100% vom Rechnungsbetrag bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung) mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ erstattet.

Bei Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem approbierten und niedergelassenen Arzt durchgeführt wird, werden höchstens 10 Sitzungen je versicherte Person und Versorgungsabschnitt bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ vergütet.

Wegegebühren des Arztes einschließlich der Kosten für die Zeitversäumnis werden erstattet, wenn am Aufenthaltsort des Versicherten kein Arzt praktiziert.

b) die Kosten der freiberuflich tätigen Hebamme.

c) Arzneimittel: 100% vom Rechnungsbetrag.

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate.

d) Erstattungsfähige Hilfsmittel: 100% vom Rechnungsbetrag bis zu einem Betrag von 51,13 Euro. Übersteigt der Rechnungsbetrag für das einzelne erstattungsfähige Hilfsmittel 51,13 Euro, so erfolgt die Erstattung des 51,13 Euro übersteigenden Rechnungsbetrages zu 50%.

Als erstattungsfähige Hilfsmittel gelten Brillengläser, Haftscheiben, Hörgeräte und Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Geh- und Stützapparate, Kunstglieder, ferner die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe und Einlagen. Die Kosten von Brillengestellen werden innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Versorgungsabschnitten in Höhe der nachgewiesenen Kosten bis zum Höchstbetrag von 25,56 Euro erstattet.

e) Heilmittel: 1,3facher Satz der GOÄ.

Als Heilmittel gelten physikalische Behandlungen, Anwendung des elektrischen Stromes, Inhalationen, Bäder und medizinische Packungen. Mehraufwendungen für Behand-

lung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen:

a) 100% der allgemeinen Krankenhausleistungen, Kosten des Belegarztes bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O jedoch nur bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ und bei Leistungen nach Nr. 437 und Abschnitt M nur bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ, sowie Kosten der freiberuflich tätigen Hebamme.

b) Krankentransport: Die Kosten des medizinisch notwendigen Transportes zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus bis zu einer Entfernung vom 100 km werden erstattet.

(3) Stationäre Entbindung

Bei Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für stationäre Heilbehandlung vorgesehenen Leistungen zur Verfügung gestellt. Die Kosten der Unterbringung eines gesunden Neugeborenen werden aus der Versicherung der Mutter in Höhe des Neugeborenenpflegesatzes im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

(4) Zahnärztliche Behandlung

Erstattet werden bei notwendiger zahnärztlicher Behandlung Aufwendungen für

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

b) Kieferorthopädie: 100% vom Rechnungsbetrag bis zum 2,0fachen Satz der GOZ, jedoch für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ und für diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ bis zum 1,1fachen Satz der GOÄ.

c) Zahnersatz: 50% vom Rechnungsbetrag, höchstens jedoch 50% des 2,0fachen Satzes der GOZ, jedoch für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ höchstens 50% des 1,3fachen Satzes der GOÄ und für diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ höchstens 50% des 1,1fachen Satzes der GOÄ.

d) Vorsorgeuntersuchung: Aufwendungen für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden nach a) erstattet.

Außerdem werden erstattet 50% der nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs PSKV (Anlage) erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.

(5) Zuschüsse in bestimmten Fällen

Der Versicherer kann in den nachstehenden Fällen auf Antrag freiwillige Zuschüsse gewähren:

bei einer nach § 5 Abs. 1 d) von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Kur- oder Sanatoriumsbehandlung;

bei einer nach § 5 Abs. 1 e) von der Leistungspflicht ausgeschlossenen ambulanten Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Ein Anspruch besteht nur, wenn der Versicherte den Zuschuss vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

(6) Beitrag

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16., 20., 25. oder 30. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß § 8 Teil II Abs. 4 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei Versicherungsverträgen, die vor dem 1. April 1997 abgeschlossen worden sind, ist für mitversicherte Kinder kein Beitrag zu zahlen, es sei denn, dass sie oder ein Elternteil regelmäßig Einkommen erzielen.

Anlage

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs PSKV für zahntechnische Leistungen

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
001 Modell	5,22
002 Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003 Set-up	7,86
005 Stumpfmmodell	8,96
007 Zahnkranz sockeln	5,26
011 Modellpaar trimmen/Fixator	7,91
012 Einstellen in Mittelwertartikulator	7,70
013 Modellpaarsockel	20,04
020 Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	7,04
021 Basis für Autopolymerisat	18,49
022 Bisswall	5,19
024 Übertragungskappe	20,28
031 Provisorische Krone oder Brückenglied	28,41
032 Formteil	15,93
101 Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	60,42
102 Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	65,89
103 Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	11,84
104 Modellation gießen	15,28
105 Stiftaufbau	43,15
110 Brückenglied	49,62
111 Mantelkrone Kunststoff	60,44
112 Mantelkrone Keramik	85,14
120 Teleskopierende Krone	203,28
130 Steg	83,86
131 Stegglasche/Stegreiter	46,02
132 Steggeschiebe individuell	94,67
133 Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe	177,82
134 Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	85,34
135 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,30
136 Gefräßtes Lager	44,62
137 Schubverteilungsarm	25,80
140 Riegel individuell	113,51
150 Metallverbindung nach Brand	24,85
160 Verblendung Kunststoff	36,69
161 Zahnfleisch aus Kunststoff	13,88
162 Verblendung aus Keramik	75,60
163 Zahnfleisch aus Keramik	30,14
201 Metallbasis	107,11
202 einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Nev-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	11,25
203 zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	17,77

204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	22,64	751	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,85
205	Bonwillklammer	39,56	761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,77
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkautschukfläche	36,65	762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,54
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	11,89	770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	26,38
211	Abschlussrand	16,28	801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,18
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,89	802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	6,74
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,27	803	Retention, gebogen	30,57
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,62	804	Retention, gegossen	35,10
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	1,88	806	Gegossenes Basisteil	54,95
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,45	807	Metallverbindung	15,25
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	39,27	808	Teilunterfütterung	37,67
362	Fertigstellung, je Zahn	2,80	809	vollständige Unterfütterung	48,55
380	einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,42	810	Basis erneuern	59,00
381	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,85	813	Auswechseln von Konfektionsteilen	7,86
382	Weichkunststoff ZE	83,74	820	Kronen- oder Brückenreparatur	33,26
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,59	933	Versandkosten	2,49
401	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	76,87	970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	8,07
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	50,65	S2301	Gussfüllung indirekt einflächig	45,27
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	37,07	S2302	Gussfüllung indirekt zweiflächig	53,10
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,27	S2303	Gussfüllung indirekt dreiflächig	62,56
405	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	101,56	S2304	Gussfüllung indirekt mehrflächig	66,06
701	Basis für Einzelkiefergerät	45,05	S2307	Gussonlay	66,06
702	Basis für bimaxilläres Gerät	77,99			
703	Schiefe Ebene	39,99			
704	Vorhofplatte	52,37			
705	Kinnkappe	46,49			
710	Aufbiss	8,39			
711	Abschirmelement	16,01			
712	Weichkunststoff KFO	44,55			
720	Schraube einarbeiten	13,49			
721	Spezialschraube einarbeiten	20,78			
722	Trennen einer Basis	5,92			
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	16,36			
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,25			
732	Labialbogen intramaxillär	26,75			
733	Feder, offen	7,43			
734	Feder, geschlossen	10,15			
740	Verbindungselement intramaxillär	20,46			
741	Verbindungselemente intramaxillär	21,85			
742	Verankerungselement	19,50			
743	Einzelelement einarbeiten	10,12			
744	Metallverbindung KFO	13,08			
750	einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	7,86			