

3. Sonderbedingungen

Unter Ziffer 3 (Sonderbedingungen) finden Sie Änderungen und Ergänzungen der Allgemeinen Regelungen zum Baustein und der Tarifbedingungen.

Die Sonderbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung und den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

Sonderbedingungen für die Anwartschaftsversicherung

Die Sonderbedingungen gelten, wenn für die →versicherte Person mit uns für einen im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) eine →Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist. Die Krankheitskosten-Tarife (Gruppenversicherung), für die eine Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist, werden mit "AwV" gekennzeichnet. Wenn mit Ihnen eine Teil-Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist (siehe Ziffer 3.9), kennzeichnen wir die dafür vereinbarten Krankheitskosten-Tarife (Gruppenversicherung) mit "Teil-AwV".

Die Sonderbedingungen beinhalten Regelungen über die Voraussetzungen, welche für die Dauer der Anwartschaftsversicherung erfüllt sein müssen, und über den Gegenstand der Anwartschaftsversicherung sowie zu welchen Bedingungen die Umstellung des Versicherungsschutzes auf einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) verlangt werden kann.

Außerdem finden Sie hier die Regelungen, welcher Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gezahlt werden muss.

3.1 Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

3.1.1 Welches Recht ist durch die Anwartschaftsversicherung abgesichert?

(1) Umstellung auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif

Durch die →Anwartschaftsversicherung hat die →versicherte Person das Recht, von uns

- für sich die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- unter Berücksichtigung des vertraglich maßgeblichen →Eintrittsalters zu verlangen.

Für diese Umstellung ist erforderlich, dass

- die vereinbarte Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung weggefallen ist (Ziffer 3.2),
- die Umstellung innerhalb der vorgegebenen Frist verlangt wird (Ziffer 3.3.1),
- die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) des Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) erfüllt sind und
- der →Gruppenversicherungsvertrag noch besteht.

(2) Umfang des Leistungsanspruchs nach Umstellung auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif

Wenn der Versicherungsschutz für die →versicherte Person auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umgestellt worden ist, besteht Leistungsanspruch im vereinbarten Umfang auch für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Dauer der →Anwartschaftsversicherung neu eingetreten sind.

3.1.2 Besteht Anspruch auf Leistungen aus dem Krankheitskosten-Tarif während der Dauer der Anwartschaftsversicherung?

Für die →versicherte Person besteht kein Anspruch auf die tariflichen Leistungen des vereinbarten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung), solange für diesen die →Anwartschaftsversicherung besteht.

3.2 Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung

3.2.1 Für welche Fälle kann eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden?

Der Abschluss einer →Anwartschaftsversicherung ist möglich für die Dauer des Lebensumstands, der mit Ihnen als Voraussetzung

für die Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist (Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung).

Wenn einer der folgenden Lebensumstände mit Ihnen als Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist, gilt für diese Lebensumstände ergänzend:

(1) Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Diese Voraussetzung ist gegeben, solange die →versicherte Person

- der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt oder
- Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Die Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn die Versicherungspflicht oder der Anspruch auf Familienversicherung nur besteht, weil es sich um eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung für unversicherte Personen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) handelt.

(2) Anspruch auf Heilfürsorge

Diese Voraussetzung ist gegeben, solange die →versicherte Person Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis hat.

(3) Anspruch auf Beihilfe

Diese Voraussetzung ist gegeben, solange die →versicherte Person

- Anspruch auf Beihilfe hat oder
- nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes ein berücksichtigungsfähiger Familienangehöriger einer Person mit Beihilfeanspruch ist.

(4) Längerfristiger Auslandsaufenthalt

Diese Voraussetzung ist gegeben, solange sich die →versicherte Person für längere Zeit ununterbrochen im Ausland aufhält.

3.2.2 Welche Informationspflicht müssen Sie beachten?

- Für die →Anwartschaftsversicherung der →versicherten Person ist allein die mit Ihnen vereinbarte Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung maßgeblich.
- Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn die mit Ihnen vereinbarte Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung sich ändert oder wegfällt.

3.3 Umstellung auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif

3.3.1 Welche Frist muss für die Umstellung beachtet werden?

Die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) muss innerhalb von 2 Monaten verlangt werden, nachdem die für die →versicherte Person vereinbarte Voraussetzung für die →Anwartschaftsversicherung weggefallen ist.

Wenn die Umstellung auf einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) beantragt wird, nachdem die 2-Monatsfrist bereits verstrichen ist, gilt Ziffer 3.5.

3.3.2 Zu welchem Zeitpunkt beginnt die Versicherung nach dem Krankheitskosten-Tarif?

Wenn die Umstellung des Versicherungsschutzes bis zum Ablauf der 2-Monatsfrist nach Ziffer 3.3.1 verlangt wird, erfolgt die Umstellung zum Beginn des Tages, der auf den Tag folgt, an dem die für die →versicherte Person vereinbarte Voraussetzung für die →Anwartschaftsversicherung weggefallen ist.

3.4 Umstellung auf einen anderen Krankheitskosten-Tarif

3.4.1 Kann auch die Umstellung auf einen anderen Krankheitskosten-Tarif beantragt werden?

(1) Gleichartiger Versicherungsschutz

Die →versicherte Person kann bis zum Ablauf der 2-Monatsfrist gemäß Ziffer 3.3.1 anstelle des für die →Anwartschaftsversicherung vereinbarten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) die Umstellung in einen anderen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) mit gleichartigem Versicherungsschutz beantragen.

(2) Beginn der Versicherung

Wenn die Umstellung des Versicherungsschutzes bis zum Ablauf der 2-Monatsfrist nach Ziffer 3.3.1 verlangt wird, erfolgt die Umstellung zum Beginn des Tages, der auf den Tag folgt, an dem die für die →versicherte Person vereinbarte Voraussetzung für die →Anwartschaftsversicherung weggefallen ist.

3.4.2 Welche Besonderheiten gelten, wenn der andere Krankheitskosten-Tarif Mehrleistungen vorsieht?

Wenn der andere Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) gegenüber dem für die →Anwartschaftsversicherung vereinbarten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) höhere oder umfassendere Leistungen (Mehrleistungen) vorsieht, gilt Folgendes:

(1) Erneute Gesundheitsprüfung und besondere Bedingungen

Wir können, bezogen auf die Mehrleistungen, eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen und die Umstellung des Versicherungsschutzes von besonderen Bedingungen abhängig machen.

Im Rahmen der erneuten Gesundheitsprüfung werden alle gefahrerheblichen Umstände der →versicherten Person berücksichtigt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsschutz auf den beantragten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umzustellen, erheblich sind.

(2) Risikozuschlag oder Leistungsausschluss bei Mehrleistungen

Wir können für die Mehrleistungen des beantragten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, wenn bei der →versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt.

(3) Leistungsumfang

Wir sind zusätzlich berechtigt, besondere vertragliche Vereinbarungen an den Leistungsumfang des beantragten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) anzugleichen.

3.5 Verspäteter Antrag auf Umstellung in einen Krankheitskosten-Tarif

Was gilt, wenn die Umstellung erst nach Ablauf von 2 Monaten beantragt wird?

Wenn die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) beantragt wird, nachdem die 2-Monatsfrist nach Ziffer 3.3.1 bereits verstrichen ist, hat die →versicherte Person nicht mehr das Recht, einseitig die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) zu verlangen, sondern es gilt Folgendes:

(1) Unsere Rechte

- Wir können eine erneute Gesundheitsprüfung verlangen und die Umstellung des Versicherungsschutzes von besonderen Bedingungen abhängig machen.
- Im Rahmen der erneuten Gesundheitsprüfung werden alle gefahrerheblichen Umstände der →versicherten Person berücksichtigt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsschutz auf den beantragten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umzustellen, erheblich sind.
- Wir können nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen, wenn bei der versicherten Person ein erhöhtes Risiko vorliegt.

(2) Beitragszuschlag wegen Nichtversicherung

Wenn für die →versicherte Person seit mehr als einem Monat

- keine Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient und
- keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bestanden hat,

sieht § 193 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vor, dass ein Beitragszuschlag gezahlt werden muss, wenn der Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung beantragt wird, die der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

(3) Beginn der Versicherung

Die Umstellung des Versicherungsschutzes erfolgt frühestens zum Ersten des Monats, in dem uns der Antrag zugegangen ist.

3.6 Besondere Regelungen für den Krankheitskosten-Tarif nach der Umstellung

Für den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung), auf den der Versicherungsschutz der →versicherten Person umgestellt worden ist, gelten die Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) und dessen Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2). Folgende besondere Regelungen gelten ergänzend:

3.6.1 Wie rechnen wir Vorversicherungszeiten an?

Die bei uns zurückgelegten Versicherungszeiten (Vorversicherungszeit) rechnen wir wie folgt auf die Wartezeiten des Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) an:

(1) Anrechnung der Vorversicherungszeit (Grundsatz)

a) Erstmaliger Abschluss der Anwartschaftsversicherung

Wenn für die →versicherte Person bei uns erstmals für einen jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) eine →Anwartschaftsversicherung abgeschlossen worden ist, rechnen wir die von der versicherten Person

- bei uns in der Anwartschaftsversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit
- auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten des Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) an.

b) Anwartschaftsversicherung nach vorherigem Krankheitskosten-Tarif

Wenn der Versicherungsschutz nach einem im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannten, für die →versicherte Person zuvor abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) auf die →Anwartschaftsversicherung umgestellt worden ist, rechnen wir die von der versicherten Person

- bei uns in Krankheitskosten-Tarifen und in der Anwartschaftsversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit
- auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten des Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) an.

(2) Eingeschränkte Anrechnung der Vorversicherungszeit

Wenn der Versicherungsschutz der →versicherten Person auf einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umgestellt wird, der im Verzeichnis "Tarife mit eingeschränkter Anrechnung" (siehe Ziffer 3.10.2) genannt ist, gelten für die Anrechnung der in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegten Versicherungszeit abweichend von Absatz 1 die in diesem Verzeichnis geregelten Einschränkungen.

3.6.2 Welches Eintrittsalter ist maßgeblich, um den Beitrag für den Krankheitskosten-Tarif zu berechnen?

Für die Berechnung des Beitrags, der für den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) nach der Umstellung des Versicherungsschutzes gezahlt werden muss, ist folgendes →Eintrittsalter der →versicherten Person maßgeblich:

- Das Eintrittsalter der versicherten Person, das sie erreicht hat, als die →Anwartschaftsversicherung bei uns abgeschlossen worden ist. Dies setzt voraus, dass für die versicherte Person nicht ein abgeschlossener Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) auf eine Anwartschaftsversicherung umgestellt worden ist.
- Das Eintrittsalter der versicherten Person, das sie erreicht hat, als der Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) bei uns abgeschlossen worden ist. Dies setzt voraus, dass ein im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannter, für die versicherte Person abgeschlossener Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) auf die Anwartschaftsversicherung umgestellt worden ist.

3.7 Beitrag für die Anwartschaftsversicherung

Inhalt dieses Abschnitts:

- 3.7.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?**
- 3.7.2 Wie wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung berechnet?**
- 3.7.3 Unter welchen Voraussetzungen ändert sich der Beitragsprozentsatz?**
- 3.7.4 Wie lange muss der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gezahlt werden?**

3.7.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

3.7.2 Wie wird der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung berechnet?

(1) Prozentualer Beitrag des Krankheitskosten-Tarifs

Der Beitrag für die →Anwartschaftsversicherung hängt

- vom Beitrag des für die Anwartschaftsversicherung der →versicherten Person vereinbarten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) nach dem jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) und
- dem dafür maßgeblichen Beitragsprozentsatz für die Anwartschaftsversicherung

ab. Es können unterschiedliche Beitragsprozentsätze für die Anwartschaftsversicherung von männlichen und weiblichen versicherten Personen vereinbart sein. Der Beitragsprozentsatz für die Anwartschaftsversicherung ist in dem jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) geregelt.

(2) Ruhende Risikozuschläge

Wir verlangen nicht die Zahlung eines vereinbarten Risikozuschlags, solange und soweit für die →versicherte Person die →Anwartschaftsversicherung abgeschlossen ist.

3.7.3 Unter welchen Voraussetzungen ändert sich der Beitragsprozentsatz?

(1) Unser Recht zur Änderung des Beitragsprozentsatzes

Wir können den Beitragsprozentsatz für die →Anwartschaftsversicherung für bestehende Anwartschaftsversicherungen ändern, wenn sich der Beitrag des nach dem jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) für die Anwartschaftsversicherung der →versicherten Person vereinbarten Krankheitskosten-Tarifs (Gruppenversicherung) ändert.

Wenn wir den Beitragsprozentsatz erhöhen, können Sie die betroffene Anwartschaftsversicherung unter den Voraussetzungen von Ziffer 3.8.1 Absätze 1 und 2 kündigen.

(2) Erhöhung des Beitragsprozentsatzes nach dem 21. Geburtstag

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitragsprozentsatz für die →Anwartschaftsversicherung zahlen, der im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) für die versicherte Person ab dem 21. Geburtstag vorgesehen ist.

Es können unterschiedliche Beitragsprozentsätze für die Anwartschaftsversicherung von männlichen und weiblichen versicherten Personen vereinbart sein.

Wenn sich der Beitragsprozentsatz ändert, können Sie die betroffene Anwartschaftsversicherung unter den Voraussetzungen von Ziffer 3.8.1 Absätze 1 und 3 kündigen.

3.7.4 Wie lange muss der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gezahlt werden?

Der Beitrag für die →Anwartschaftsversicherung muss bis zum Ablauf des Tages gezahlt werden, an dem die Anwartschaftsversicherung für die →versicherte Person endet. Das gilt insbesondere auch, wenn der Versicherungsschutz für die versicherte Person nicht auf einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umgestellt worden ist.

3.8 Beendigung der Anwartschaftsversicherung

Zusätzlich zu den Beendigungsgründen nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Teil A Ziffer 1) gilt Folgendes:

3.8.1 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Jede Kündigungserklärung muss in →Schriftform erfolgen. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Wenn Sie die →Anwartschaftsversicherung für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(2) Erhöhung des Beitragsprozentsatzes

Wenn wir den Beitragsprozentsatz für die →Anwartschaftsversicherung nach Ziffer 3.7.3 Absatz 1 erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person die von der Erhöhung betroffene Anwartschaftsversicherung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Erhöhung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung inner-

halb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(3) Vertraglich geregelte Beitragsänderung

Wenn sich der Beitragsprozentsatz nach Ziffer 3.7.3 Absatz 2 ändert, können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

3.8.2 Wann endet die Anwartschaftsversicherung außerdem?

Die →Anwartschaftsversicherung endet mit Ablauf des Monats, in dem wir Kenntnis vom Wegfall der vereinbarten Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung erlangen.

Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsschutz nach den Ziffern 3.3, 3.4 oder 3.5 auf einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) umgestellt wird. In diesem Fall endet die Anwartschaftsversicherung zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung nach dem Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) vereinbarungsgemäß beginnt.

3.9 Regelungen für die Teil-Anwartschaftsversicherung

Für einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) der Tarif-Serie AktiMed kann keine Teil-Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden. Für die Teil-Anwartschaftsversicherung für einen anderen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) gilt Folgendes:

3.9.1 Was ist Gegenstand der Teil-Anwartschaftsversicherung?

Wenn für die →versicherte Person bei uns

- ein Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) abgeschlossen ist und
- ein anderer, im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannter Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) höhere oder umfassendere Leistungen (Mehrleistungen) bietet,

kann bei uns für eine spätere Umstellung des Versicherungsschutzes in den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) mit Mehrleistungen eine Teil-Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden. Die Krankheitskosten-Tarife (Gruppenversicherung), für die eine Teil-Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist, werden mit "Teil-AwV" gekennzeichnet.

3.9.2 Welche Regelungen gelten für die Teil-Anwartschaftsversicherung?

Die Regelungen nach diesen Sonderbedingungen für die →Anwartschaftsversicherung gelten auch, wenn für die →versicherte Person eine Teil-Anwartschaftsversicherung vereinbart worden ist. Ergänzend gilt Folgendes:

Die Höhe des Beitrags für die Teil-Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus der Differenz zwischen

- dem Beitrag, den Sie für eine Anwartschaftsversicherung für den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) zahlen müssten, der für die versicherte Person während der Teil-Anwartschaftsversicherung besteht, und
- dem Beitrag, den Sie für eine Anwartschaftsversicherung für den im jeweiligen Tarif- und Beitragsverzeichnis (siehe Ziffer 3.10.1) genannten Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) mit höheren oder umfassenderen Leistungen zahlen müssten.

3.10 Anlage: Besondere Verzeichnisse zur Anwartschaftsversicherung

3.10.1 Tarif- und Beitragsverzeichnis

In diesem Verzeichnis sind die Krankheitskosten-Tarife geregelt, für die eine →Anwartschaftsversicherung oder Teil-Anwartschaftsversicherung bei uns abgeschlossen werden kann. Es gelten nachstehende Beitragsprozentsätze:

3.10.1.1 Tarif- und Beitragsverzeichnis für Krankheitskosten-Tarife der Tarif-Serie AktiMed

(1) Krankheitskosten-Tarife der Produktgruppe UNI

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gelten - abhängig vom Alter der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Beitragsprozentsatz für Personen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
AktiMed 90P (AM90PU)	45	5
AktiMed Plus 70P (AMP70PU)	45	5
AktiMed Plus 90P (AMP90PU)	45	5
AktiMed Plus 90 (AMP90U)	45	5
AktiMed Plus 100 (AMP100U)	45	5
AktiMed Best S (AMBSU)	50	5
AktiMed Best 90 (AMB90U)	35	5

(2) Sonstige Krankheitskosten-Tarife

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gelten - abhängig vom Alter und Geschlecht der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Kurzbezeichnung	Beitragsprozentsatz für Männer älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Frauen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
AktiMed Start 70 mit Übertragungswert	AM-S70 mit Übertragungswert	45	35	5
AktiMed Start 90 mit Übertragungswert	AM-S90 mit Übertragungswert	45	35	5
AktiMed Plus 90P mit Übertragungswert	AM-P90P mit Übertragungswert	50	35	5
AktiMed Plus 90 mit Übertragungswert	AM-P90 mit Übertragungswert	45	35	5
AktiMed Plus 100 mit Übertragungswert	AM-P100 mit Übertragungswert	45	40	5

tragungswert

AktiMed Best S mit Übertragungswert	AM-BS mit Übertragungswert	50	45	5
AktiMed Best 90 mit Übertragungswert	AM-B90 mit Übertragungswert	40	30	5

3.10.1.2 Tarif- und Beitragsverzeichnis für Beihilfe-Krankheitskosten-Tarife

(1) Krankheitskosten-Tarife der Produktgruppe UNI

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gelten - abhängig vom Alter der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Beitragsprozentsatz für Personen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
Tarif-Serie Beihilfe Ambulant	30	5
Tarif-Serie Beihilfe Ambulant mit Selbstbeteiligung	30	5
Tarif-Serie Beihilfe Krankenhaus	40	5
Tarif-Serie Beihilfe Zahn	25	5
Beihilfeergänzung Krankenhaus Einbettzimmer (BHE1K)	40	5
Beihilfeergänzung Krankenhaus Zweibettzimmer (BHE2K)	45	5
Tarif-Serie Beihilfeergänzung Zahntech.Leist./Services	30	5

(2) Sonstige Krankheitskosten-Tarife

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gelten - abhängig vom Alter und Geschlecht der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Beitragsprozentsatz für Männer älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Frauen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
Tarif-Serie 81 mit Übertragungswert	30	25	5
Tarif-Serie 81 S mit Übertragungswert	30	25	5
Tarif-Serie 83 mit Übertragungswert	45	40	5
Tarif-Serie 84 mit Übertragungswert	25	25	5
8600 mit Übertragungswert	35	40	5
8602 mit Übertragungswert	50	45	5
Tarif-Serie 8620 - 8650	20	25	5

3.10.1.3 Tarif- und Beitragsverzeichnis für weitere Krankheitskosten-Tarife

(1) Krankheitskosten-Tarife der Produktgruppe UNI

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gelten - abhängig vom Alter der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Beitragsprozentsatz für Personen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
Ärzte Plus 100 (MP100)	35	5
Ärzte Best 100 (MB100)	30	5
InboundMed Best 100 Langfristig (IMB100LU)	20	5
AmbulantPlus (AP02)	25	5
AmbulantBest (AB02)	30	5
KrankenhausPlus (KHP02)	45	5
KrankenhausBest (KHB02)	45	5
Ambulante OP Krankenhaus (AOPKH02)	35	5
ZahnPlus (ZP02)	30	5
ZahnBest (ZB02)	25	5
ZahnPrivat (ZPRIV02)	25	5
ZahnAmbulantPlus (ZAP02)	25	5
Sport (SPT01U)	20	5

(2) Sonstige Krankheitskosten-Tarife

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gelten - abhängig vom Alter und Geschlecht der →versicherten Person - die nachstehenden Beitragsprozentsätze:

Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Beitragsprozentsatz für Männer älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Frauen älter als 21 Jahre	Beitragsprozentsatz für Personen bis 21 Jahre
760 mit Übertragungswert	35	25	5
761 mit Übertragungswert	40	25	5
764 mit Übertragungswert	35	25	5
769 mit Übertragungswert	35	25	5
780 mit Übertragungswert	50	45	5
751 mit Übertragungswert	20	15	5
752 mit Übertragungswert	20	15	5
2810 mit Übertragungswert	40	30	5
712	35	25	5
AmbulantPlus	30	25	5
AmbulantBest	35	30	5
Krankenhaus-Plus (729)	45	40	5
Krankenhaus-Best (721)	45	45	5
Ambulante OP Krankenhaus (AOPKH01)	40	35	5
723 Plus	30	30	5
ZahnPlus (ZP01)	30	30	5
ZahnBest (ZB01)	30	25	5
740	25	15	5
724 Plus	25	25	5

3.10.2 Tarife mit eingeschränkter Anrechnung der Vorversicherungszeit

Hier sind die Krankheitskosten-Tarife (Gruppenversicherung) geregelt, bei denen wir gemäß Ziffer 3.6.1 Absatz 2 die Vorversicherungszeit nur eingeschränkt anrechnen:

3.10.2.1 Krankheitskosten-Tarife der Produktgruppe UNI

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt Folgendes:

Umstellung auf den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Eingeschränkte Anrechnung
Tarif ZahnPlus (ZP02)	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge während der ersten 48 Monate an.
Tarif ZahnBest (ZB02)	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge während der ersten 48 Monate an.
Tarif ZahnAmbulantPlus (ZAP02)	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge bei Aufwendungen für Zahnersatz während der ersten 48 Monate an.

3.10.2.2 Sonstige Krankheitskosten-Tarife

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung) abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt Folgendes:

Umstellung auf den Krankheitskosten-Tarif (Gruppenversicherung)	Eingeschränkte Anrechnung
Tarif 751 mit Übertragungswert	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge für zahnärztliche Heilbehandlung während der ersten 3 Versicherungsjahre an.
Tarif 752 mit Übertragungswert	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge für zahnärztliche Heilbehandlung während der ersten 36 Monate an.
Tarif 723 Plus	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge bei Aufwendungen für Zahnersatz während der ersten 3 Versicherungsjahre an.
Tarif ZahnPlus (ZP01)	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge während der ersten 48 Monate an.
Tarif ZahnBest (ZB01)	Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung

zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge während der ersten 48 Monate an.

Tarif 724 Plus

Wir rechnen nicht die in der →Anwartschaftsversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Erstattungshöchstbeträge bei Aufwendungen für Zahnersatz während der ersten 48 Monate an.