

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

VollMed Tarif M2

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 248).

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unter Punkt 2 - 4 genannten Leistungen (ausgenommen Heilpraktiker), die im Rahmen der Höchstsätze der jeweiligen dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Hierunter fallen u. a. die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und die GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) mit den dazugehörigen Höchstsätzen, dem 3,5fachen Satz für persönliche und dem 2,5fachen Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen.

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

1. **Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen**

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung

Die nachfolgenden Leistungen mit Ausnahme der ambulanten Psychotherapie unterliegen einem Selbstbehalt pro Person und Kalenderjahr.

Der Selbstbehalt beträgt für versicherte Personen:

ab dem 16. Lebensjahr	
Frauen	345,00 EUR
Männer	345,00 EUR

bis zum 16. Lebensjahr	375,00 EUR.
---------------------------	-------------

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich der Selbstbehalt für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahres um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- Ambulante Behandlung und Untersuchungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen durch Ärzte zu 100 %
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall zu 100 %
- Leistungen des Heilpraktikers zu 100 %
Erstattungsfähig sind Aufwendungen in Höhe des 1fachen Satzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
- Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.
Sonstige Nahrungsmittel und Stärkungspräparate sowie Badezusätze, Weine, Mineralwässer, Desinfektionsmittel, kosmetische Präparate und Ähnliches gelten, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, nicht als Arzneimittel.
- Heilmittel zu 100 %
Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen:
Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.
Außerdem
- ergotherapeutische Leistungen, wenn sie vom Ergotherapeuten ausgeführt worden sind,
- osteopathische Leistungen, wenn sie vom Arzt oder Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,
- podologische Leistungen, wenn sie vom Podologen bzw. medizinischen Fußpfleger ausgeführt worden sind, und
- ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, wenn sie von einem Diätassistenten, Oecotrophologen oder einem Ernährungswissenschaftler ausgeführt worden sind und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.
Die aufgeführten Leistungen können auch von anderen Angehörigen der dafür staatlich anerkannten therapeutischen Berufe ausgeführt werden.
- Hilfsmittel zu 100 %
Brillen und Kontaktlinsen:
Bei einer Änderung der Sehschärfe von mindestens +/- 0,5 Dioptrien und bis zu einem Rechnungsbetrag von 210,00 EUR pro Hilfsmittel (Hilfsmittelpaar).

Sonstige Hilfsmittel: zu 100 %
Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Kompressionsstrümpfe, orthopädische Schuheinlagen und Schuhe, sowie Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Herzschrittmacher, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Krankenfahrstühle, und Ähnliches.
Erstattungsfähig sind in einfacher Ausführung technische Mittel oder Körperersatzstücke, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen. Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von Hörgeräten, Beatmungsgeräten, Krankenfahrstühlen

und Ähnlichem mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Von der Erstattung sind Behandlungs- und medizinische Geräte sowie sanitäre Bedarfsartikel ausgenommen.

- Schutzimpfungen zu 100 %
Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen einschl. Impfstoffe, die vom Bundesgesundheitsministerium allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden.

- Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zu 100 %
Erstattungsfähig sind alle nach gesetzlichen Programmen eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere von Krebs.
Die Gesellschaft stellt auf Anfrage ein Merkblatt mit aktuellen Detailinformationen zur Verfügung.

- Ambulante Psychotherapie zu 70 %
Erstattungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

Die ambulante Psychotherapie fällt nicht unter den Selbstbehalt.

- Häusliche Krankenpflege (ausgenommen Krankenhausersatz- und Sicherungspflege, diese sind unter Nr. 4 Punkt 8 geregelt) zu 100 %
Erstattungsfähig sind bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe zu 100 %
Erstattungsfähig sind maximal 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschluss ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

- Kurzzeitpflege zu 100 %
Erstattungsfähig ist maximal der nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Höchstbetrag¹.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2 Punkt 10 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung

¹ Höchstbetrag 1.612 Euro (Stand: 1. Oktober 2021)

einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** zu 100 %
Erstattungsfähig sind maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

3. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- **Zahnbehandlung einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** zu 100 %

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, zahnärztliche Prophylaxeleistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung, konservierende und chirurgische Leistungen, soweit sie nicht im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, ferner Behandlungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

- **Zahnersatz einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Behandlung** zu 70 %

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen einschl. Kronen und Einlagefüllungen sowie Inlays und Onlays, Eingliederungen von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der dazugehörigen Material- und Laborkosten.

Bei Zahnersatz empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

- **Kieferorthopädische Maßnahmen ausschließlich für Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder als unfallbedingte medizinisch notwendige Leistung** zu 70 %

Sie wird zu 100 % erstattet, indem die getragene Selbstbeteiligung von 30 % der Aufwendungen nacherstattet wird, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang vollständig abgeschlossen ist und der erfolgreiche Behandlungsabschluss durch ein zahnärztliches Zeugnis nachgewiesen wird.

Bei kieferorthopädischen Maßnahmen empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Kieferorthopäden/Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

4. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- **Allgemeine Krankenhausleistungen** zu 100 %

Allgemeine Krankenhausleistungen sind der allgemeine Pflegesatz, die besonderen Pflegesätze und die Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten, wenn keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen wird, auch gesondert berechnete Leistungen des Belegarztes, ferner gesondert berechnete Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungshelfers.

Für die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen erbracht.

- Ambulante Entbindung zu 100 %
Bei Hausentbindungen und ambulanten Entbindungen werden Kosten der ärztlichen Behandlung, der Hebamme und des Entbindungshelfers erstattet. Darüber hinaus wird eine Pauschale von 350,00 EUR gezahlt.
- Wahlärztliche Leistungen, gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung zu 100 %
- Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer² einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung zu 100 %
- Werden im Rahmen einer vollstationären Behandlung folgende tarifliche Leistungen nicht in Anspruch genommen, zahlt die Gesellschaft pro Tag ein Krankenhaustagegeld in der dafür angegebenen Höhe. Hierbei zählen der Einlieferungs- und der Entlastungstag, jeweils als ein Tag.
 - Verzicht auf die Unterbringung im Zweibettzimmer 20,00 EUR
 - Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung 30,00 EUR

Bei vollstationärer Krankenhausbehandlung außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum werden die anfallenden Aufwendungen bis zu 330,00 EUR je Verweiltag im Krankenhaus erstattet.

- Ambulante Operationen, die stationäre vollständig ersetzen zu 100 %
- Medizinisch notwendige Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus zu 100 %
- Häusliche Behandlungspflege, die nicht Gegenstand der privaten Pflegepflichtversicherung ist, als Ersatz für eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung durch ausgebildete Pflegekräfte zu 100 %
Die häusliche Behandlungspflege umfasst ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessung), die
 - auf Heilung, Besserung, Linderung (Krankenhausersatzpflege) oder
 - auf Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit (Sicherungspflege) ausgerichtet sind.
 Während einer häuslichen Behandlungspflege werden zusätzlich die ortsüblichen Kosten für die ärztlich angeordnete Grundpflege und die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignetes Personal erstattet, falls diese nicht durch eine im Haushalt der versicherten Person lebende Person im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann.
Die Leistungen für Unterstützungspflege und Palliativversorgung als Teile der häuslichen Krankenpflege sind unter Nr. 2 Punkt 10 geregelt.
- Medizinisch notwendige vollstationäre Psychotherapie nach vorheriger Zustimmung der Gesellschaft zu 100 %

5. Beitragsentlastung

5.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

5.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 5.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.

² Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

5.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein werden neben den vereinbarten Tarifen der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z. B.: VollMed M2 V65 / 250 EUR.

5.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

5.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.

- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.

- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 5.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der maßgebliche Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

5.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.