Debeka Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif WL mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Juli 2022 -

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

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

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

II. Versicherungsleistungen

1. Mit dem vereinbarten Prozentsatz (siehe Leistungstabelle) werden Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung erstattet. Als Wahlleistungen gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung – auch in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegt.

Bei Wahl eines Einbettzimmers besteht Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären.

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

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

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

2. Werden keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird anstelle der Leistungen nach Nummer 1 ein Krankenhaustagegeld nach der Leistungstabelle gezahlt.

3. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld nach Nummer 2 gezahlt.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

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

Veränderungen der Voraussetzungen nach Satz 1 sind dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Kommt der Versicherungsnehmer dieser Verpflichtung nicht nach, stellt der Versicherer den Versicherungsschutz zum 1. des Monats um, der auf den Monat folgt, in dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt. Für die betroffenen versicherten Personen wird der Versicherungsschutz – auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles – in die produktnahen Tarife für Nichtbeihilfeberechtigte umgestellt. § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist anzuwenden.

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

1.2 Für Personen mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % nach den Beihilfevorschriften des Bundes oder nach im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften sind die Tarifstufen WL30 und WL20K zu vereinbaren.

Nach den Tarifstufen WL30 und WL20K beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles, längstens jedoch bis zum 67. Lebensjahr, 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Danach reduziert sich der Prozentsatz auf 30 % durch Wegfall der Tarifstufe WL20K. Dies setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte diese Voraussetzung nicht vorliegen, ist von vornherein anstelle der Tarifstufen WL30 und WL20K die Tarifstufe WL50 zu wählen.
Sollte der Wegfall der Tarifstufe WL20K mit dem Erreichen des 67. Lebensjahres nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe WL50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Es ergibt sich dann ein höherer Beitrag.

1.3 Die in Nummer 1.1 genannten Personen müssen nach ihrem Gesundheitszustand versicherbar sein.
Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

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

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

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

Der Beitrag für Kinder wird weiterhin erhoben, wenn und solange das Kind nach Vollendung des 20. Lebensjahres im Familienzuschlag des beihilfeberechtigten Elternteils berücksichtigungsfähig ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Diese Frist verlängert sich um die Dauer des Zeitraums eines von dem Kind abgeleisteten Dienstes, sofern während dieses Dienstes kein Anspruch auf Kindergeld bestand (zum Beispiel Grundwehrdienst, Zivildienst sowie andere in § 32 Abs. 5 Einkommensteuergesetz genannte Dienste). Die Tarifbezeichnung wird um den Zusatz „H“ ergänzt. Entfallen die in Satz 4 und 5 genannten Voraussetzungen, ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige Beitrag für Vollbeitragspflichtige nach dem erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr) zu zahlen.

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

3 Leistungsanpassung

Dieser Versicherungsschutz sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

4 Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats an, in dem die Änderung eintritt.
Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

5 Option auf Absicherung der Wahlleistungen im Krankenhaus

Bei Beginn einer Elternzeit besteht die Option, den Versicherungsschutz nach diesem Tarif für die Dauer der Elternzeit auszusetzen.

Zum Zeitpunkt der Beendigung der Elternzeit kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz nach diesem Tarif ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten unter Berücksichtigung der Alterungsrückstellung, die während der aktiven Versicherungszeit nach diesem Tarif gebildet wurde, wieder aufleben lassen, sofern die Umstellung innerhalb von zwei Monaten beantragt wird. Wird diese Frist nicht eingehalten, kann die Umstellung in den höherwertigen Versicherungsschutz von einer Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig gemacht werden.
Voraussetzung für die Option ist, dass Beginn und Ende der Elternzeit unverzüglich angezeigt und auf Verlangen nachgewiesen werden.

6 Beitragsrückerstattung

6.1 Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jede ganzjährig im abgelaufenen Kalenderjahr nach diesem Tarif ununterbrochen vollbeitragspflichtig* oder nach den Besonderen Bedingungen A für Ausbildungszeiten versicherte Person berücksichtigt, die die Voraussetzungen nach den Nummern 6.1.1 bis 6.1.3 erfüllt.

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

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

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

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

wenn für diese Zeiträume keine Leistungen des Versicherers erbracht wurden und die Voraussetzungen der Nummern 6.1.2 und 6.1.3 erfüllt sind.

Die Höhe der BRE wird für jedes Geschäftsjahr neu beschlossen.

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

7 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

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

8 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

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

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

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

8.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt in eine höhere Tarifstufe wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten mit der in Nummer 4 vorgesehenen Ausnahme entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

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

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

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

Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen auch die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

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

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

8.10 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sind nicht erstattungsfähig.

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

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

8.12 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Entgiftungsbehandlungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen.

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

8.14 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem Inland – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen.

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

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

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

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

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

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

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

9 Ende der Versicherung

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

IV. Besondere Bedingungen A für Ausbildungszeiten

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

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

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

2. Sofern die versicherte Person nach Nummer 1.1 im Anschluss an die Ausbildung ohne einen Anspruch auf Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitslos wird, können diese Besonderen Bedingungen A für die versicherten Personen nach den Nummern 1.1 und 1.2 längstens für 18 Monate bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres unverändert weitergeführt oder vereinbart werden. Besteht dann kein Beihilfeanspruch mehr, wird die Versicherung in der Tarifstufe WL100 mit den Besonderen Bedingungen A weitergeführt.

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

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

5. Die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsausbildung der versicherten Person nach Nummer 1.1 endet, wenn sie diese vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht. Für versicherte Personen nach Nummer 2 endet die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen A mit Ablauf des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, spätestens 18 Monate nach Beendigung der Ausbildung. Für die versicherte Person nach Nummer 1.2 endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Ablauf des Monats, in dem diese eine Berufstätigkeit aufnimmt.

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

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

6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen A nach Nummer 5 innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen beziehungsweise das Ende der Arbeitslosigkeit unverzüglich mitzuteilen.

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

Leistungstabelle

Tarifstufe	Wahlleistungen s. II.1. *	Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen s. II.2. *	Tarifstufe
WL100/WL100A **	100 %	50,00 EUR	WL100/WL100A **
WL30	30 %	15,00 EUR	WL30
WL20K	20 %	10,00 EUR	WL20K
WL50	50 %	25,00 EUR	WL50
WL45	45 %	22,50 EUR	WL45
WL40	40 %	20,00 EUR	WL40
WL35	35 %	17,50 EUR	WL35
WL30	30 %	15,00 EUR	WL30
WL25	25 %	12,50 EUR	WL25
WL20	20 %	10,00 EUR	WL20
WL15	15 %	7,50 EUR	WL15

* Bezeichnet ist der jeweilige Abschnitt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II.

** siehe Abschnitt IV Nr. 2