

Antrag auf Zusatzschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung

Ich beantrage den Abschluss einer Krankenversicherung für die nachstehend aufgeführten Personen nach den Tarifen AMed, SuH, VORS, SZU, ZEP80, ZR und ZV bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, 90334 Nürnberg.

Der Vertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um je 1 Jahr, sofern er nicht bedingungs-gemäß gekündigt wird. Der Antragsteller wird Versicherungsnehmer.

☐ **Neuantrag**

☐ **Mitversicherung/Änderung**

Vertragsnummer

Versicherungs-/Änderungsbeginn

0 1

Antragsteller

☐ männlich ☐ weiblich

Familiennamen, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Berufliche Tätigkeit/Branche

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Zu versichernde Personen, Tarife, Beiträge

	☒	Tarif-name	Beitrag in EUR
01 Vorname (Familiennamen, wenn nicht wie Antragsteller)	☐	AMed	
Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich	☐	SuH	
☐ Selbstständig ☐ Arbeitnehmer ☐ Nicht erwerbstätig	☐	VORS	
Berufliche Tätigkeit/Branche	☐	SZU	
	☐	ZEP80	
	☐	ZR	
	☐	ZV	
02 Vorname (Familiennamen, wenn nicht wie Antragsteller)	☐	AMed	
Geburtsdatum ☐ männlich ☐ weiblich	☐	SuH	
☐ Selbstständig ☐ Arbeitnehmer ☐ Nicht erwerbstätig	☐	VORS	
Berufliche Tätigkeit/Branche	☐	SZU	
	☐	ZEP80	
	☐	ZR	
	☐	ZV	
Monatsbeitrag			

Beitragszahlweise monatlich

abweichend: ☐ ¼-jährlich ☐ ½-jährlich ☐ jährlich

SEPA-Lastschriftmandat

Konzerngesellschaft

☐ NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Gläubiger-Identifikations-Nr.

DE14ZZZ00000057335

Mit diesem Formular ermächtige ich die vertragsführende Konzerngesellschaft zum Last-schritteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer(n) mitteilen.

☐ Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht VN)

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Familiennamen, Titel, Vorname

Straße, Hausnummer (Hauptwohnsitz)

PLZ Wohnort (Hauptwohnsitz)

Schutz und Sicherheit im Zeichen der Burg

NÜRNBERGER

Krankenversicherung AG



Abschlussstelle

Betreuungsstelle

Auswerter

Gesundheitsangaben der zu versichernden Personen

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen)

Person 01

Person 02

Fragen 1 und 2 beantworten, wenn Tarif AMed beantragt wird

1. Wurden Sie in den letzten 2 Jahren ambulant oder durch einen Heilpraktiker behandelt?

☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja

2. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder steht noch ein Testergebnis aus?

☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja

Fragen 3a) + 3b) beantworten, wenn ZEP80 oder ZR und 3c) + 3d) wenn ZV beantragt wird

3. a) Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne) im natürlichen Gebiss, die noch nicht ersetzt sind?

☐ nein ☐ ja, Anzahl: ☐ nein ☐ ja, Anzahl:

b) Ist Zahnersatz (auch Inlays) geplant oder angeraten?

☐ nein ☐ ja, in welcher Form? ☐ nein ☐ ja, in welcher Form?

c) Liegt eine Zahnfehlstellung vor oder erfolgt zurzeit eine kieferorthopädische Behandlung bzw. ist eine derartige Maßnahme angedacht oder beabsichtigt. (Nur zu beantworten, bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja

d) Bestand in den letzten 3 Jahren oder besteht derzeit eine Erkrankung des Zahnbetts (Parodontose), des Kiefergelenks oder eine Versorgung mit einer Aufbiss- bzw. Zahnschiene?

☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja

Ist eine Parodontosebehandlung oder Versorgung mit Aufbiss- bzw. Zahnschiene geplant oder angeraten?

☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Nummern auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG in Nürnberg unmittelbar schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 7 Tagen seit Antragstellung dem Unternehmen zugegangen sein. Beiblatt: ☐ nein ☐ ja

Person	zu Frage	Angaben zu den Fragen 1–2 und 3a)–3d), wenn „ja“ angekreuzt ist	behandelnder Heilpraktiker/Zahnarzt

Sonstige Krankenversicherungen

01 Name der gesetzlichen Krankenversicherung	Mitglied seit:
02 Name der gesetzlichen Krankenversicherung	Mitglied seit:

Zahlweg

☐ Lastschrift ☐ Überweisung

Ich ermächtige die oben genannte Konzerngesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konzerngesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschritteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift

IBAN

BLZ Kontonummer
D E

Geldinstitut

BIC (sofern zur Hand)

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Unterschrift des Kontoinhabers

Datum

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG – nachfolgend NÜRNBERGER genannt –, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der NÜRNBERGER unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach §203 StGB geschützter Daten

- durch die NÜRNBERGER selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (unter 3.) und
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER

Die NÜRNBERGER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die NÜRNBERGER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.nuernberger.de/datenschutz eingesehen oder bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die NÜRNBERGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die NÜRNBERGER Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die NÜRNBERGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die NÜRNBERGER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die NÜRNBERGER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsanträgen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die NÜRNBERGER unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NÜRNBERGER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach §203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die NÜRNBERGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der NÜRNBERGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Unterschrift des Antragstellers und der (haupt)versicherten Person(en)

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die „Wichtigen Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) bzw. der/des gesetzlichen Vertreters“, die „Wichtigen Hinweise zum Antrag“ und die „Information zur Antragstellung“. Die Unterschrift des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) gilt für alle vorstehend gesondert hervorgehobenen datenschutzrechtlichen Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärungen. Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags.

Die Antragsprüfung der NÜRNBERGER bewertet Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die „Erklärungen der (haupt)versicherten Person(en)“ (Beruf, Einkommen, Gesamtversicherungsschutz usw.) und die „Angaben zum Gesundheitszustand“ vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Ihre Unterschrift gilt für alle hier beantragten Verträge!

Ort	Datum	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten
		X

Unterschrift (Vor- und Zuname) der (haupt)versicherten Person(en) – wenn nicht Antragsteller –, der gesetzlichen Vertreter, falls minderjährig und der gesetzlich vertretenen Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

X

Verbraucherinformationen	Ort	Datum
Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die „Information zur Antragstellung“ auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich (in Papierform oder/und in elektronischer Form wie z. B. gebrannte CD, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.		
	Unterschrift (Vor- und Zuname) des Antragstellers/Zeichnungsberechtigten	
	X	

Hinweis zu den Gesundheitsfragen	Verbraucherinformationen
Die Gesundheitsfragen wurden vom Antragsteller/der zu versichernden Person selbst ausgefüllt	☐ Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt:
Für die Gesundheitsfragen wurden zusätzlich gesonderte Beiblätter verwendet	☐ Papier ☐ Datenträger (z. B. gebrannte CD, USB-Stick) ☐ E-Mail ☐
☐ nein ☐ ja	
☐ nein ☐ ja	

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/der (haupt)versicherten Person(en) zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort	Datum	Unterschrift des Vermittlers	Vermerke des Vermittlers
		X	

Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen gilt.

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Habe ich die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, kann die Gesellschaft dann nicht zurücktreten, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung hat zur Folge, dass der Vertrag für die Zukunft beendet wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft kein Recht zur Vertragsänderung zu.

Die Vertragsänderung kann bei einem bereits eingetretenen Versicherungsfall zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Dienstleisterliste (IS023_201401)

Die Dienstleisterliste schafft für Sie als Kunde Transparenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

I. Überblick über die Verarbeitung von personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, z. B. Gesundheitsdaten, in der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG NÜRNBERGER Pensionsfonds AG NÜRNBERGER Pensionskasse AG NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	NÜRNBERGER SofortService AG	Leistungsbearbeitung
	InterAssistance GmbH	Telefon- und Servicedienstleistungen, Assistance-Leistungen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG GARANTA Versicherungs-AG	NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.	NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung

II. Ergänzend bestehen folgende Dienstleistungsverhältnisse, bei denen die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	NÜRNBERGER Beteiligungs-Aktiengesellschaft	Revision, Rechtsabteilung
	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG und NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	IT-Dienstleistung, Rechnungswesen, Vertrieb
	NÜRNBERGER Communication Center GmbH	Telefon- und Servicedienstleistungen
	GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG	Datenübermittlungen an Vermittler und Dienstleister

III. Diese in Kategorien zusammengefassten Dienstleister nehmen keine Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags vor. Hierunter fallen auch Dienstleister, die nicht dauerhaft tätig sind.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittlung	Adressverifikation
	Assisteure	Assistance-Leistungen
	Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
	Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
	Gutachter	Anspruchsprüfung
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie
	Marktforschung	Marktforschung
	Rechtsanwaltskanzleien	Prozessführung, Forderungseinzug
	Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
	Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung

IV. An gemeinsamer Datensammlung für Stammdaten (z. B. Name, Anschrift, Vertragsart) teilnehmende Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe

NÜRNBERGER Beteiligungs-Aktiengesellschaft
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
NÜRNBERGER Beratungs- und Betreuungsgesellschaft für betriebliche Altersversorgung und Personaldienstleistungen mbH
NÜRNBERGER Versicherungs- und Bauspar-Vermittlungs-GmbH
GARANTA Versicherungs-AG
FÜRST FUGGER Privatbank KG
NÜRNBERGER SofortService AG
NÜRNBERGER Communication Center GmbH
NÜRNBERGER Investment Services GmbH
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.

V. Hinweis

Das Bundesdatenschutzgesetz sieht neben dem Auskunftsrecht des Betroffenen auch gegebenenfalls Ansprüche auf Berichtigen, Löschen und Sperren vor. Sie sind nach dem Bundesdatenschutzgesetz berechtigt, dem Verarbeiten bzw. Nutzen Ihrer Daten zum Zweck der Werbung schriftlich, telefonisch unter 0911 531-5 oder per E-Mail an info@nuernberger.de zu widersprechen. Dies gilt auch, wenn Ihre der Datenübermittlung an Dienstleister entgegenstehenden schutzwürdigen Interessen überwiegen.

Ergänzende Informationen zum Datenschutz und zum Beitritt der NÜRNBERGER Versicherungsunternehmen zu den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ erhalten Sie unter <http://www.nuernberger.de/datenschutz>. Dort finden Sie unter „Umgang mit Kundendaten“ immer eine aktuelle Version dieser Dienstleisterliste.

Produktinformationsblatt nach § 4 der Verordnung über Versicherungsverträge (VVG-InfoV)

Folgende Informationen sind für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrags besonders wichtig. Zusätzlich geben sie die wesentlichen Vertragsmerkmale wieder. **Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Weiterhin dem Vertrag zugrunde liegende Bestimmungen finden Sie auch in dem Merkblatt zum Datenschutz und den gesetzlichen Regelungen (Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen – VVG-InfoV, Versicherungsaufsichtsgesetz und Versicherungsvertragsgesetz).

1. Welche Art der Versicherung bieten wir Ihnen an? Krankheitskosten-Versicherung

2. Welches Risiko ist versichert?

- AMed 80%ige Kostenerstattung für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker, Naturheilverfahren und osteopathische Leistungen, sowie in Zusammenhang mit der Behandlung verordnete Laboruntersuchungen, Arznei- und Verbandsmittel (max. 800 EUR für Erwachsene bzw. 400 EUR für Kinder und Jugendliche innerhalb von 12 Monaten).
Leistungsbegrenzung in den ersten 12 Monaten auf 200 EUR und in den ersten 24 Monaten auf 400 EUR. Versicherungsfähig sind ausschließlich GKV-versicherte Personen.
- SuH 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Sehhilfen (max. 300 EUR innerhalb von 24 Monaten), 100%ige Kostenerstattung für Laserbehandlungen (max. 750 EUR je Auge ab dem 25. Versicherungsmonat, erneuter Anspruch nach Ablauf von 60 Monaten), 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Hörgeräte (max. 800 EUR je Ohr innerhalb von 36 Monate), 80%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für sonstige Hilfsmittel wie Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankenfahrstühle und Beatmungsgeräte (max. 300 EUR innerhalb von 24 Monaten). Leistungsbegrenzung in den ersten 12 Monaten auf 100 EUR und in den ersten 24 Monaten auf 200 EUR. Versicherungsfähig sind ausschließlich GKV-versicherte Personen. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100% bzw. 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den genannten Höchstbeträgen erstattet.
- VORS 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Vorsorgeuntersuchungen (max. 400 EUR innerhalb von 12 Monaten), 100%ige Kostenerstattung (nach Vorleistung der GKV) für Schutzimpfungen: Malaria-Prophylaxe, prophylakt. Reiseschutzimpfungen, FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut, Typhus und von STIKO empfohlene Schutzimpfungen (max. 200 EUR innerhalb von 24 Monaten). Leistungsbegrenzung in den ersten 12 Monaten auf 100 EUR und in den ersten 24 Monaten auf 200 EUR. Versicherungsfähig sind ausschließlich GKV-versicherte Personen. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu den genannten Höchstbeträgen erstattet.
- SZU 100%ige Erstattung der Wahlleistungen 2-Bettzimmer und privatärztliche Behandlung im Krankenhaus bei Unfällen.
- ZR Erstattet wird der Festzuschuss für Zahnersatz in gleicher Höhe der GKV-Leistungen für die Regelversorgung für Zahnersatz mit Summenbegrenzung.
- ZEP80 80%ige Kostenerstattung für Zahnersatz, Inlays und Implantate abzüglich der Leistungen der GKV mit Summenbegrenzung für gesetzlich Krankenversicherte.
- ZV 100%ige Kostenerstattung für Zahnprophylaxe-Maßnahmen bis 100 EUR pro Jahr, 100%ige Kostenerstattung für Wurzel- und Parodontosebehandlung, 80%ige Kostenerstattung für Knirscherschienen, für Kinder und Jugendliche zusätzlich 80%ige Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen mit Summenbegrenzung.

Erstattet werden jeweils die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Leistungen.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Paragraphen „**Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**“ und „**Umfang der Leistungspflicht**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet zahlen?

Den von Ihnen gewählten, monatlichen Gesamtbeitrag für die von uns angebotenen Leistungen entnehmen Sie bitte dem Angebots- und Antragsformular.
Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 1% bei ¼-jährlicher Zahlung
2% bei ½-jährlicher Zahlung
4% bei Jahreszahlung gewährt.
Der Beitrag könnte sich im Rahmen der Risikoprüfung aufgrund Ihres Gesundheitszustands durch etwaige zu erhebende Zuschläge noch erhöhen.
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Zahlung ist aber noch rechtzeitig, wenn Sie spätestens am Tag des Versicherungsbeginns zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist. Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, genügt es, wenn Ihr Konto zu oben genannten Terminen gedeckt ist und der Beitrag abgebucht werden kann.
Wird der Erst- bzw. Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann das unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Beitragszahlung**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4. Welche Leistungen und Risiken sind ausgeschlossen?

- AMed Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet. Beträge, die über die Höchstsätzen der GOÄ bzw. GebüH liegen, werden nicht erstattet.
- SuH Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Beträge, die über die Höchstsätzen der GOÄ bzw. GebüH liegen, werden nicht erstattet.
- VORS Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie für alle nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs VORS aufgeführte Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen.
- SZU Keine Leistungspflicht besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Unfälle und deren Folgen.
- ZR Für kieferorthopädische Behandlungen besteht keine Leistungspflicht.
- ZEP80 Für kieferorthopädische Behandlungen besteht keine Leistungspflicht.
- ZV Für kieferorthopädische Behandlungen, die nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurden, besteht keine Leistungspflicht.

Sollten sich aufgrund der Risikoprüfung individuelle Risikoausschlüsse ergeben, finden Sie diese im Versicherungsschein.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie müssen bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Wenn der Versicherer nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme noch weitere gefahrerhebliche Umstände wissen will, müssen Sie auch diese Umstände noch angeben. Die nicht wahrheitsgemäßen oder unvollständigen Anzeigen können u.a. dazu führen, dass Sie bei Eintritt eines Versicherungsfalls keinen Versicherungsschutz haben.
Bei schuldhafter Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Schließen Sie als versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Tarif ab, der Aufwendungen für Zahnersatz erstattet, sind Sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Tarif abgeschlossen, der Aufwendungen für Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie erstattet, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
Kommen Sie dieser Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nach, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Obliegenheiten**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
Werden die Obliegenheiten, die bei Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen sind, vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer leistungsfrei. Handelt der Versicherungsnehmer bei der Erfüllung der Obliegenheiten grob fahrlässig, können die Leistungen gekürzt werden.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Obliegenheiten**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn Police), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
Er endet bei wirksamer Kündigung durch den Versicherungsnehmer bzw. Versicherer sowie bei Obliegenheitsverletzungen – vgl. Punkt 3, 5 bis 7.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Beginn/Ende des Versicherungsschutzes**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an.
Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „**Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrags**“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Informationsblatt zu Ihrem Kranken-versicherungsvertrag nach §1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

1. Sitz und Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,
Sitz und Registergericht: Nürnberg HR B 10668
Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft
Kontaktadresse:
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-3206
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de
Bankverbindung: Deutsche Bank AG Nürnberg
IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00, BIC: DEUTDEMM760

2. Ansprechpartner im Ausland

Entfällt.

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg,
vertreten durch den Vorstand Alexander Brams, Henning von der Forst,
Dr. Wolf Rüdiger Knocke, Dr. Hans-Joachim Rauscher

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Aufsichtsbehörde

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Postfach 1253, 53002 Bonn.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Medicator AG, Bayernthalgürtel 26, 50968 Köln

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Anwendbares Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht insb. den Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Zugrundeliegende Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterlagen beigefügt.

Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung

Angaben über die Art, den Umfang, die Fälligkeit und die Erfüllung der Leistung des Versicherers finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den Paragraphen „Umfang der Leistungspflicht“, „Einschränkung der Leistungspflicht“, und „Auszahlung der Versicherungsleistung“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Geldleistungen des Versicherers sind mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Die Beiträge für die von uns angebotenen Leistungen entnehmen Sie bitte dem Eintrag im Antragsformular.
Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
1 % bei ¼-jährlicher Zahlung
2 % bei ½-jährlicher Zahlung
4 % bei Jahreszahlung gewährt.
Der Betrag kann sich durch etwaige im Rahmen der Risikoprüfung zu erhebende Zuschläge erhöhen.

8. Zusätzliche Kosten

Weitere Gebühren und Kosten werden nicht erhoben.

9. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.
Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie dem Paragraphen „Beitragszahlung“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Angaben, insb. hinsichtlich der Höhe des Beitrags, gelten, soweit uns innerhalb der nächsten 4 Wochen Ihr verbindlicher Antrag auf Abschluss des oben genannten Versicherungsvertrags vorliegt. Beitragsänderungen wegen etwaiger Beitragsanpassungen bzw. im Rahmen der Risikoprüfung notwendiger Zuschläge sind nicht berücksichtigt.

11. Kapitalanlagerisiko

Entfällt.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrags – Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Beginn des Versicherungsschutzes“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Widerrufsrecht

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem ich den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten habe. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-3206
E-Mail: info@nuernberger.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und ich erhalte den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zurück, wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den ich nach folgender Formel errechnen kann: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 der Monatsprämie.
Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.
Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach §8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Mein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf meinen ausdrücklichen Wunsch sowohl von mir als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor ich mein Widerrufsrecht ausgeübt habe.

14. Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrags

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 1 Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.
Das 1. Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Abschluss und Dauer des Vertrags“ beim Tarif ZR und Tarif ZV, sowie „Beginn des Versicherungsschutzes“ beim Tarif ZEP80 in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

15. Beendigung des Vertrags

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten in Schriftform kündigen.
Ein Sonderkündigungsrecht haben Sie bei:
– Beitragsanpassungen aufgrund Erreichen eines bestimmten Lebensalters
– sonstigen Beitragsanpassungen
Das Versicherungsverhältnis endet weiterhin mit dem Tod des Versicherungsnehmers und insoweit mit dem Tod einer versicherten Person.
Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Paragraphen „Kündigung durch den Versicherungsnehmer“ und „Kündigung durch den Versicherer“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. Abweichendes Recht bei Vertragsanbahnungen

Entfällt.

17. Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht und über das zuständige Gericht

Anwendbares Recht:

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtstand:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
Unsere Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir gegen Sie an dem für Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt zuständigen Gericht geltend machen.
Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Paragraphen „Gerichtsstand“ in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

18. Sprachen der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und der Vorabinformationen

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie zum Beispiel die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V., Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.
Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

OMBUDSMANN
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222, 10052 Berlin, Telefon 01802 5 50444*, Fax 030 20458931
www.pkv-ombudsmann.de

*T-Home, 6 ct/Anruf aus dem deutschen Festnetz, höchstens 42 ct/Min. aus den Mobilfunknetzen.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 1253, 53002 Bonn.

Wichtige Hinweise zum Antrag

1. Versicherungsdauer

Der Krankenversicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsge-
mäß gekündigt wird. Bei den Tarifen AMed, SuH, VORS, ZEP80, ZR und ZV rechnet das
erste Versicherungsjahr vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betref-
fenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr
zusammen.

2. Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließ-
lich der Tarife mit Tarifbedingungen wurden mit dem Antragsformular ausgehändigt oder
werden bei der Unterbreitung eines Angebots ausgehändigt.

3. Abschluss des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn das Unter-
nehmen schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein
ausgehändigt oder angeboten wird.

Informationen zur Antragstellung

Für die weitere Bearbeitung meines Antrags ist es wichtig, dass ich die Verbraucherinfor-
mationen gemäß der Informationspflichten nach § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes
(VVG) vollständig erhalten habe.

Diese Informationen umfassen das „Produktinformationsblatt“ nach § 4 der Verordnung
(VVG-InfoV) soweit bereits zum 1.1.2008 Bestandteil der Verordnung, die „Allgemei-
nen Informationen nach § 1 VVG-InfoV“, die „Zusätzlichen Informationen nach § 3 VVG-
InfoV“*, die „Jeweiligen Vertragsbedingungen“, die „Zusätzlichen Vereinbarungen und
Erklärungen“*, das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ sowie den „Auszug aus dem Ver-
sicherungsvertragsgesetz (VVG)“.

Antragsmodell

Wenn ich die Verbraucherinformationen vollständig erhalten habe und dies im Antrags-
formular bestätige, stelle ich einen Antrag auf den von mir gewünschten Versicherungs-
schutz. Die NÜRNBERGER kann meinen Antrag in diesem Fall sofort annehmen, sofern
keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen.

Invitativmodell

Kann die NÜRNBERGER meinen Antrag aus eben genannten Gründen nur zu geänder-
ten Bedingungen annehmen, erhalte ich von der NÜRNBERGER ein an mich gerichtetes
Angebot auf Abschluss des Versicherungsvertrags mit den erforderlichen Änderungen
und den dazugehörigen vollständigen Verbraucherinformationen.

Sollten mir die Verbraucherinformationen vor der Antragstellung nicht vollständig vorlie-
gen, handelt es sich – sofern ich nicht gesondert auf einzelne noch fehlende Unterlagen
ausdrücklich verzichte – nicht um einen Antrag, sondern um eine Aufforderung an die
NÜRNBERGER zur Vorlage eines an mich gerichteten Angebots. Der Versicherungs-
schein kann in diesem Fall nicht sofort ausgestellt werden. Ich erhalte das gewünschte,
an mich gerichtete Angebot auf Abschluss des Versicherungsvertrags, sofern keine medi-
zinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen. Dieses Angebot enthält die
vollständigen Verbraucherinformationen.

Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese
Bestimmungen:

1. Erteilung des SEPA-Basislastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitrags-
zahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer
den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen.
Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank)
an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-
Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnum-
mer.
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zah-
lung gegeben wird.
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungs-
nehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem
Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= ab-
weichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschrifteinzug
spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankün-
digen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor
der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Noti-
fication).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine ein-
malige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschrifteinzug; verändert sich der
einzuziehende Lastschriftbetrag (z. B. durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versiche-
rungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fäl-
ligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3
zu beachten.

Dem an mich gerichteten Angebot liegt eine sogenannte Annahmeerklärung bei. Bin ich
mit dem Angebot einverstanden, nehme ich dieses an, indem ich die Annahmeerklärung
unterschrieben zurück an die NÜRNBERGER sende. Ich erhalte erst dann den Versiche-
rungsschein.

Ich habe nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ein 2-wöchiges Widerrufsrecht. Diese
Frist beginnt unabhängig von den eben genannten Verfahrensweisen mit dem Zugang
des Versicherungsscheins und der vollständigen Verbraucherinformationen.

Dem Versicherungsschein bzw. dem an mich gerichteten Angebot der NÜRNBERGER
liegen alle Verbraucherinformationen (nochmals) bei.

Widerrufsrecht

Ich kann meine Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Grün-
den in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem ich
den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Ver-
sicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informations-
pflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten habe. Zur
Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-4116
E-Mail: info@nuernberger.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und ich erhalte
den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zurück,
wenn ich zugestimmt habe, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Wider-
rufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs
entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag,
den ich nach folgender Formel errechnen kann: Anzahl der Tage, an denen Versiche-
rungsschutz bestanden hat multipliziert mit 1/30 der Monatsprämie. Die Erstattung
zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang
des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufs-
frist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzuge-
währen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen
mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden.
Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem wider-
rufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten
auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer
betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Mein Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf meinen ausdrücklichen Wunsch
sowohl von mir als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor ich mein Widerrufsrecht
ausgeübt habe.

*Sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrags sind.

3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur
Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt
der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels
SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an,
die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen
SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschriftmandat sind der Name, die
Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers
aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankün-
digung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und
dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen
beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich
dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abwei-
chende Beitragszahler mit der Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen
Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden,
weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den
daraus entstehenden Schaden ersetzen.

4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z. B. durch unrich-
tige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von
Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG · Aufsichtsrat: Hans-Peter Schmidt (Vorsitzender)
Vorstand: Alexander Brams, Henning von der Forst, Dr. Wolf-Rüdiger Knocke, Dr. Hans-Joachim Rauscher
Sitz und Registergericht Nürnberg HR B 10668

Deutsche Bank AG Nürnberg (BLZ 760 700 12) 04641684 00, BIC: DEUTDEMM760, IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00

Anschrift der Generaldirektion: ☒ 90334 Nürnberg, Ostendstraße 100 · 📠 90482 Nürnberg, Ostendstraße 100 · Telefon 0911 531-5 · Fax -3206
info@nuernberger.de · www.nuernberger.de



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung (KV752_201404)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bestehen aus zwei Teilen, einem allgemeinen Teil I und einem tarifspezifischen Teil II. Teil I enthält die grundsätzlichen Festlegungen, die für alle nach Art der Schadenversicherung kalkulierten Krankheitskostentarife gelten. Der je Tarif gesondert bestehende Teil II enthält die für den entsprechenden Tarif gültigen Regelungen. Dazu zählt insbesondere die genaue Beschreibung des Leistungsumfangs.

Teil I Allgemeine Bedingungen

Inhalt

Der Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 7 Beitragszahlung
- § 7a Beitragsberechnung
- § 7b Beitragsanpassung
- § 8 Obliegenheiten
- § 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 10 Ansprüche gegen Dritte
- § 11 Aufrechnung

Ende der Versicherung

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

Sonstige Bestimmungen

- § 15 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 18 Sonstiges

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Gegenstand der Versicherung

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 Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Ob und in welchem Umfang für den Versicherungsfall geleistet wird, ergibt sich aus dem für die versicherte Person vereinbarten Tarif. 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) sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen sowie Schutzimpfungen,
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Allgemeine Bedingungen, Teil II Tarif) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er wird durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes schriftlich unterrichtet wird (vgl. aber § 14 Absatz 3). Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Mo-

nate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Grundsätzliche Regelung

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) Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

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.

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.

(3) Versicherungsschutz bei Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes

Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes ohne Wartezeit gemäß Absatz 2 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.



§ 3 Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Abschluss und Dauer der Versicherung

Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(2) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeiten

(1) Beginn der Wartezeit

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Allgemeine Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Erlass von Wartezeiten

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Dies kann auch über ein Formblatt des Versicherers erfolgen. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgeordneten Wartezeiten.

(5) Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten

Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskosten-Vollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Absatz 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Leistungsanspruch bei Vorerkrankungen

Wird eine im Versicherungsantrag angezeigte Krankheit im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen oder gegen Risikozuschlag mitversichert, dann besteht Anspruch auf Leistungen für die nach Ablauf der Wartezeit erforderliche Heilbehandlung.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Nachweise

Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn nur Krankenhaustagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält. Der Nachweis ist nach Beendigung der stationären Behandlung alsbald zu führen, bei längerem Krankenhausaufenthalt können Zwischennachweise vorgelegt werden.

(3) Hinweise für das Einreichen von Rechnungen

Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(4) Gesetzliche Bestimmungen

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(5) Leistungsempfänger

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.

(6) Umrechnung von in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten in Euro

Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist, insbesondere durch Bankbeleg, nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Überweisungskosten werden nicht erhoben, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können. Andernfalls werden sie von den Leistungen abgezogen. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

(8) Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausaufweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 6 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7 Beitragszahlung

(1) Festlegung von Monatsbeiträgen

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Regelung bei nicht monatlicher Beitragszahlung

Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei vierteljährlicher Zahlung
- 2 % bei halbjährlicher Zahlung
- 4 % bei Jahreszahlung gewährt.

Wird der bei nicht monatlicher Beitragszahlung der Monatsbeitrag während einer Zahlungsperiode neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Zahlungsperiode nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(3) Mitversicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern

Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Absatz 2 bzw. der Versicherung von Adoptivkindern gemäß § 2 Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. die Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(4) Zahlung des Erstbeitrages

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

(5) Folgen bei Nichtzahlung des Beitrags

Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(6) Mahnkosten

Für jede Mahnung werden Mahnkosten erhoben.

**(7) Beendigung des Versicherungsverhältnisses**

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 aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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) Entrichtung der Beiträge

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

§ 7 a Beitragsberechnung**(1) Gesetzliche Vorschriften zur Beitragsberechnung**

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

(2) Beitragszuschläge bei Beitragsänderungen

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

(3) Beitragszuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

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.

§ 7 b Beitragsanpassung**(1) Voraussetzungen**

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer 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) Absehen von einer Beitragsanpassung

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) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

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

§ 8 Obliegenheiten**(1) Anzeigepflicht einer Krankenhausbehandlung**

Bei einer Krankenhaustagegeld-Versicherung ist jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 5 Absatz 5) 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) Ärztliche Untersuchung

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

Ende der Versicherung**§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer****(1) Kündigungszeitpunkt und Kündigungsfrist**

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.

(4) Schadenminderung

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

(5) Unterrichtung bei anderweitigen Versicherungsschutz

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskosten-Versicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Abschluss einer Krankenhaustagegeld-Versicherungen bei einem anderen Versicherer

Eine weitere Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf die Leistungspflicht des Versicherers**

Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Wird eine der in § 8 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(2) Kenntnis und Verschulden einer Obliegenheitsverletzung

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**(1) Abtretung von Ersatzansprüchen gegen Dritte**

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), 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) Durchsetzung von Ersatzansprüchen

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) Folgen bei Verletzung der Pflicht zur Abtretung und Durchsetzung von Ersatzansprüchen

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 infolge dessen 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) Verfahren bei Anspruch auf Rückzahlung bereits gezahlter Entgelte

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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 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.

(2) Beschränkung der Kündigung

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

**(3) Vertraglich geregelte Beitragserhöhung**

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, 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.

(4) Erhöhung von Beitrag bzw. Selbstbehalt oder Minderung der Leistungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge oder einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 17 Absatz 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.

(5) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

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

§ 13 Kündigung durch den Versicherer**(1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkung der Kündigung

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

(4) Rücktritt bei Verletzung der Anzeigepflicht

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Absatz 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe**(1) Beendigung durch Tod des Versicherungsnehmers**

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) Beendigung durch Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 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 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(5) Beendigung bei Ausscheiden aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt. Die versicherte Person hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Sonstige Bestimmungen**§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 16 Gerichtsstand**(1) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers**

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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

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.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**(1) Anpassung mit Treuhänderzustimmung**

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versiche-

rungsbedingungen 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 Voraussetzungen 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) Ersetzung einzelner Regelungen

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.

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus den Gesetzestexten, der insbesondere die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.



ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind in diesem Anhang abgedruckt. Er enthält Auszüge aus folgenden Gesetzen:

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grobe Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist der einmalige oder der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.



(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,00 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,00 EUR. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn sich die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den ambulanten Zusatztarif Alternative Medizin (AMed) für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV787_201404)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs AMed

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif AMed ersetzt Aufwendungen für

a) Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen der Gebüh einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen.

b) Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für im Hufeland-Verzeichnis für Naturheilverfahren aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen.

c) Osteopathische Leistungen durch andere Leistungserbringer

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für osteopathische Leistungen, wenn

- diese medizinisch geeignet sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern;
- diese von einem Arzt auf einem Privatrezept verordnet wurden;
- diese qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder sonstigen Leistungserbringern durchgeführt werden, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis c) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung der in Absatz 1 aufgeführten Aufwendungen ist für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr auf 800,00 EUR innerhalb von 12 Monaten und für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auf 400,00 EUR innerhalb von 12 Monaten begrenzt.

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 200,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 400,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Maßgebliche Gebührenschriften

Aufwendungen gemäß Abs. 1 Buchstabe a sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh) berechnet werden.

(6) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen Heilpraktikern und niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten sowie anderen Leistungserbringern gemäß Abs. 1 Buchstabe c frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Heilpraktikers oder Arztes Laborleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.

(7) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer 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.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegseignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;



- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle sowie deren jeweiligen Folgen;
- für Behandlung durch Heilpraktiker, Ärzte oder sonstige Leistungserbringer, 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;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(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.

Aufwendungen nach GOÄ und GebÜH sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach diesen Gebührenvorschriften berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer 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.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vorphundertatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 2 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil I der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den ambulanten Zusatztarif Sehen und Hören (SuH) für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV785_201404)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1 Versicherungsfähigkeit
§ 2 Versicherungsleistungen
§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 5 Monatsbeiträge

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs SuH

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif SuH ersetzt Aufwendungen für

a) Sehhilfen

Die Aufwendungen für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienenden Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen) werden zu 100 % erstattet. Die Erstattung umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

b) Laserverfahren

Die Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden zu 100 % erstattet, jedoch maximal 750,00 EUR pro Auge. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 60 Monaten.

c) Hörgeräte

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Hörgeräte werden zu 100 % erstattet.

Dabei ist die Versicherungsleistung je Ohr auf 800,00 EUR innerhalb von 36 Monaten begrenzt. Aufwendungen für Gebrauch (z. B. Batterien) und Pflege (z. B. Reinigungsmittel) sind nicht erstattungsfähig.

d) sonstige Hilfsmittel (Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankentransporte, Beatmungsgeräte)

Die Aufwendungen für vom Arzt verordnete Perücken, Schlafapnoegeräte, Insulinpumpen, Krankentransporte und Beatmungsgeräte werden zu 100 % erstattet.

Die Summe der Versicherungsleistung innerhalb von 24 Monaten ist auf 300,00 EUR begrenzt.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis d) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten 24 Monaten

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung für die in Abs. 1 genannten Leistungsinhalte des Tarifs SuH auf

- 100,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 200,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung bzw. bei Laserbehandlungen zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Leistungserbringer und Behandlungsarten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder in medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten frei.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für Behandlung durch Ärzte, 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;

- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

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

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vorphundertatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.



Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil I der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen für den ambulanten Zusatztarif VORS für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV786_201404)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs VORS

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif VORS ersetzt Aufwendungen für

a) Vorsorgeuntersuchungen

Der Tarif VORS ersetzt 100 % der Aufwendungen für die im Folgenden aufgeführten besonderen Vorsorgeuntersuchungen sowie individuellen Gesundheitsleistungen (iGel-Leistungen). Die Summe der Versicherungsleistungen für Vorsorgeuntersuchungen ist auf 400,00 EUR innerhalb von 12 Monaten begrenzt.

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

- Glaukomvorsorge grüner Star
- Großer Gesundheitscheck
- Hirnleistungscheck
- HIV-Test
- Lungenfunktionstest Lungen-Check
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung Osteodensitometrie
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check - Sonografie-Ultraschall der inneren Organe
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge PSA-Test

Schwangerschaftsvorsorge

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Krebsvorsorgeuntersuchungen

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall

- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Kinder- und Jugendlichenvorsorge

- Augencheck
- Gehörcheck
- J2 Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schiellvorsorge
- U6a Vorsorgeuntersuchungen
- U9a/U9b Vorsorgeuntersuchungen

b) Schutzimpfungen inklusive Impfstoff

Der Tarif VORS ersetzt 100 % der Aufwendungen für die von der STI-KO empfohlenen Schutzimpfungen, die Aufwendungen für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen und Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus. Die Summe der Versicherungsleistungen für Schutzimpfungen inklusive Impfstoffe ist auf 200,00 EUR innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Enthält die Rechnung privatärztliche Vergütungsanteile, so sind Aufwendungen für die unter den Buchstaben a bis b aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis b) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten 24 Monaten

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 100,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 200,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

(6) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.



§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(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.

Aufwendungen nach GOÄ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach diesen Gebührenvorschriften berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

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

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden. Des Weiteren wird der Leistungsumfang des Tarifs VORS gemäß § 2 Abs. 1 vom Versicherer regelmäßig auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und gegebenenfalls mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders für bestehende Versicherungsverhältnisse angepasst.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren und ab 21 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil 1 der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der Altersgruppe ab 21 Jahren zu zahlen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Zahnergänzungstarif ZEP80 für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV770_201308)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung betriebene Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Umfang des Versicherungsschutzes	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Versicherungsleistungen		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs ZEP80

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Zahnärzten frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Zahnarztes Laborleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.

(3) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegeereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle;

c) für Behandlung durch Zahnärzte, 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

e) 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.

Aufwendungen nach GOZ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

f) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif ZEP80 ersetzt Aufwendungen für

a) Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Inlays und Implantate einschließlich Vor- und Nachbehandlungen, Kunststofffüllungen), vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen (einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen), die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden.

b) zahntechnische Laborarbeiten und Materialien

c) Erstellen eines Heil- und Kostenplans

Enthält die Rechnung privatärztliche Vergütungsanteile, so sind Aufwendungen für die unter den Buchstaben a bis c aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung erstattungsfähig, soweit den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprochen wird.

Für den Austausch intakter plastischer Füllungen (z. B. Amalgam oder Kunststofffüllungen) besteht kein Leistungsanspruch.

(2) Erstattungshöhe

Für Aufwendungen gemäß Absatz (1) a bis c werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet. Hiervon abgezogen werden Leistungen der GKV.

Die Erstattung ist jedoch mindestens so hoch wie die von der GKV für die entsprechende Zahnersatzmaßnahme gewährte Festzuschuss gemäß § 55 Abs. 1 SGB V, wobei nach Anrechnung der Leistungen der GKV oder Dritter maximal die dann noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gezahlt wird.



(3) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten drei Versicherungsjahren

In den ersten drei Versicherungsjahren wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 500,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
- 500,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
- 750,00 EUR im dritten Versicherungsjahr

begrenzt.

Diese Begrenzungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Gemäß § 4 Abs. 3 Teil I der AVB beträgt die besondere Wartezeit für Zahnersatz 8 Monate. Sie entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

(5) Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.000,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann.

Der Versicherer erteilt die 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.

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer 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.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vorphundertatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 5 %.

§ 5 Monatsbeiträge

(1) Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 30 Jahren, 31 bis 40 Jahren, 41 bis 50 Jahren, 51 bis 60 Jahren, 61 bis 70 Jahren sowie ab 71 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 31., 41., 51., 61. bzw. 71. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif ZR (Zahnersatz-Versicherung für gesetzlich Versicherte) (KV357_201308)

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	§ 11	Aufrechnung
§ 3	Abschluss und Dauer des Vertrages	§ 12	Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 4	Wartezeiten	§ 13	Kündigung durch den Versicherer
§ 5	Umfang der Leistungspflicht	§ 14	Sonstige Beendigungsgründe
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	§ 15	Willenserklärungen und Anzeigen
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	§ 16	Gerichtsstand
§ 8	Beitragszahlung	§ 17	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 8a	Beitragsberechnung	§ 18	Sonstiges
§ 8b	Beitragsanpassung		
§ 9	Obliegenheiten		

Anhang

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(2) Tarif ZR bietet Versicherungsschutz für die unter § 5 aufgeführten Leistungen. Für die Durchführungen der ambulanten Leistungen kann jeder niedergelassene approbierte Zahnarzt in Anspruch genommen werden.

(3) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 (siehe § 4). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Vertrages

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(2) Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeiten

Die Wartezeit berechnet sich vom Versicherungsbeginn an. Sie beträgt acht Monate. Die Wartezeit entfällt bei Unfällen.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der Tarif ZR ersetzt Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen bzw. für implantatgetragenen Zahnersatz in Höhe des dafür von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährten Festzuschusses gemäß § 55 Absatz 1 SGB V (siehe Anhang). Nach Anrechnung des von der GKV erstatteten Betrags sowie von Erstattungen Dritter wird jedoch maximal die noch verbleibende Differenz zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gezahlt. Voraussetzung für die Leistungsauszahlung nach Tarif ZR ist, dass die GKV einen Festzuschuss gemäß § 55 Absatz 1 SGB V gewährt hat.

Der maximale Erstattungsbetrag ist im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf jeweils 250,00 EUR und im dritten Versicherungsjahr auf 500,00 EUR begrenzt.

Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so entfallen hierfür diese Begrenzungen. Werden in einem solchen Fall Teilleistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

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

(2) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die 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.

(3) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer 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.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(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 (siehe Anhang).

(3) Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen, Erstattungsvermerk der GKV und das jeweilige Behandlungsdatum.

(4) Besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschrift der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.



(5) Rechnungen sind nach beendeter Behandlung bzw. Untersuchung bald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(6) 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.

(7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Versicherer erhebt Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei 1/4-jährlicher Zahlung,
- 2 % bei 1/2-jährlicher Zahlung,
- 4 % bei Jahreszahlung gewährt.

(2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

(3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) 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.

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

§ 8a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 40 Jahren, 41 bis 60 Jahren, sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 41. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Kosten für Zahnersatz oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Zahnersatzmaßnahmen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

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

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

(3) Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Tarif abgeschlossen, der Aufwendungen für Zahnersatz erstattet, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 9 Absatz 3 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund des Wechsels der versicherten Person in eine andere Altersgruppe gemäß § 8a, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 8b oder ändert er die Versicherungsbedingungen gemäß § 17, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 12 Abs. 5 Sätze 1 und 2 entsprechend.

(5) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Abs. 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.



§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

- (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) Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 4 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.

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 16 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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

- (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.

§ 17 Änderungen 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 Voraussetzungen 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.

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, sowie § 55 Absatz 1 SGB V sind dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.



ANHANG

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V

Information für den Versicherungsnehmer

§ 55 Absatz 1 SGB V

Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine Zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßig Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss: dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.



(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif ZV (Zahnergänzungs-Versicherung für gesetzlich Versicherte) (KV733_201308)

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Versicherungsdauer
- § 4 Wartezeit
- § 5 Umfang 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 Aufrechnung

Ende der Versicherung

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

Sonstige Bestimmungen

- § 15 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 16 Gerichtsstand
- § 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Umfang des Versicherungsschutzes Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(2) Arztwahl

Tarif ZV bietet Versicherungsschutz für die unter § 5 aufgeführten Leistungen. Für die Durchführungen der ambulanten Leistungen kann jeder niedergelassene Zahnarzt oder Kieferorthopäde mit Kassenzulassung in Anspruch genommen werden.

(3) Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet wurden.

(4) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet.

(5) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Mitgliedsstaat der EU

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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 (siehe § 4). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Versicherungsdauer

(1) Abschluss und Dauer des Vertrages

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

(2) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeit

Die Wartezeit berechnet sich vom Versicherungsbeginn an. Sie beträgt acht Monate. Die Wartezeit entfällt für Leistungen für Zahnprophylaxe gemäß § 5 Absatz 1 und Wurzel- und Parodontosebehandlung gemäß § 5 Absatz 2 sowie bei Unfällen.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

Aufwendungen für Zahnprophylaxe, Wurzel- und Parodontosebehandlung und Knirscherschienen sind im tariflichen Umfang bis zu den Höchstsätzen der GOZ erstattungsfähig. Dies gilt ebenfalls für Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Liegt bei medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV vor, werden die aufgrund von Mehrkostenvereinbarungen entstandenen Aufwendungen im tariflichen Umfang erstattet.

Erstattungsfähige Aufwendungen sind Leistungen für

5.1 Zahnprophylaxe

Der Tarif ZV erstattet 100 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für prophylaktische Leistungen nach der GOZ (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung) bis zu einem Erstattungsbetrag von 100 EUR pro Versicherungsjahr. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von 100 EUR pro Versicherungsjahr erstattet.

5.2 Wurzel- und Parodontosebehandlung

Der Tarif ZV erstattet 100 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Wurzel- und Parodontosebehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime). Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet.

5.3 Knirscherschienen

Erstattet werden 80 % der nach Abzug der Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Knirscherschienen inkl. Laborarbeiten und Materialkosten sowie funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Maßnahmen. Werden von der GKV oder einem anderen Kostenträger keine Leistungen gewährt, werden 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet.

5.4 Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 80 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen nach Abzug eines Leistungsanspruchs gegenüber der GKV.

In diesen Fällen werden auch Aufwendungen für im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen erbrachte Zusatzleistungen erstattet. Darunter fallen z. B. Mini-Metall-, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, un-



sichtbare Zahnsperre, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teillbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teillbögen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

Der Erstattungsbetrag ist für die gesamte kieferorthopädische Behandlung auf 2000 EUR begrenzt.

Keine Erstattung erfolgt für Aufwendungen einer kieferorthopädischen Behandlung, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person begonnen wurde.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Voraussetzung für die Auszahlung der Versicherungsleistung

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden Eigentum des Versicherten.

(2) Gesetzliche Bestimmungen

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Heil- und Kostenplan

Für Aufwendungen nach Ziffer 5.4 (Kieferorthopädische Behandlung) soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden vom Versicherer erstattet.

Der Versicherer erteilt die 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.

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer 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.

(4) Nachweise

Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen, Erstattungsvermerk der GKV und das jeweilige Behandlungsdatum.

(5) Erstattungsanspruch gegenüber Dritten

Besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber Dritten, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschrift der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.

(6) Hinweise für das Einreichen von Rechnungen

Rechnungen sind nach beendeter Behandlung bzw. Untersuchung einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(7) Leistungsempfänger

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.

(8) Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Festlegung der Beiträge

Der Versicherer erhebt Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

- 1 % bei 1/4jährlicher Zahlung
- 2 % bei 1/2jährlicher Zahlung
- 4 % bei Jahreszahlung gewährt.

(2) Zahlung des Erstbeitrages

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbegins.

(3) Folgen bei Zahlungsverzug

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) Beendigung des Versicherungsverhältnisses

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 aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) 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.

(5) Entrichtung der Beiträge

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

§ 8a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 15 Jahren, 16 bis 20 Jahren sowie ab 21 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Kosten für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie oder aufgrund einer häufigeren Leistungsanspruchnahme ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für Tarif ZV die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs ZV eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung

Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Auskunftspflicht

Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 7) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Ärztliche Untersuchung

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

(3) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Tarif abgeschlossen, der Aufwendungen für Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie erstattet, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Auswirkungen von Obliegenheitsverletzungen auf die Leistungspflicht des Versicherers



Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Wird die in § 9 Abs. 3 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

(2) Kenntnis und Verschulden einer Obliegenheitsverletzung

Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Kündigungszeitpunkt und Kündigungsfrist

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Kündigung bei Beitragserhöhungen

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund des Wechsels der versicherten Person in eine andere Altersgruppe gemäß § 8a, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 8b oder ändert er die Versicherungsbedingungen gemäß § 17, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(3) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch die versicherten Personen

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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) Ordentliches Kündigungsrecht

Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses durch die versicherten Personen

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 12 Abs. 4 Sätze 1 und 2 entsprechend.

(5) Rücktritt bei Verletzung der Anzeigepflicht

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Abs. 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Beendigung durch Tod des Versicherungsnehmers

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) Beendigung durch Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in Ausland

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 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.

Sonstige Bestimmungen

§ 15 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform verlangt ist.

§ 16 Gerichtsstand

(1) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

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.

§ 17 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Anpassung mit Treuhänderzustimmung

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 Voraussetzungen 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) Ersetzung einzelner Regelungen

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.

§ 18 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.



Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend abgedruckt.

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktritts nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss: dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Ver-

sicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grobe Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist der einmalige oder der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.



§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht

anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Tarif SZU (Stationäre Zusatzversicherung) (KV396_201308)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen mit Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf durch einen Unfall bedingte medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen der versicherten Person in Deutschland.

(3) Tarif SZU bietet Versicherungsschutz für die unter § 5 aufgeführten Leistungen.

(4) Versicherungsfähig sind grundsätzlich Personen mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, 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.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluss und Dauer des Vertrages

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif für die Dauer von zwei Versicherungsjahren (siehe Abs. 2) abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr ist ein Rumpfsjahr. Es rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen den Kalenderjahren.

§ 4 Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Bei einem aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt in Deutschland werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet. Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses sowie der vom Krankenhaus gesondert angebotenen besonderen Verpflegung) und die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Werden bei vollstationären Heilbehandlungen in Deutschland weder die Kosten für eine Unterkunft im Zweibettzimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt. Wird bei einer aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen teilstationären Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls hat die versicherte Person in Deutschland freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

(5) Bei einer unfallbedingten medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung außerhalb Deutschlands wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt.

(6) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die 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.

(7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer 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.

§ 6 Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor,

a) wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet,

oder

b) wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt, angerissen oder zerrissen werden.

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Unfälle und deren Folgen;

b) für Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt sind und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

c) für stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen;

d) für Unfälle, die ursächlich

- auf Geistes- und Bewusstseinsstörungen, Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Anfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, beruhen, sofern diese Störungen oder Anfälle nicht durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 verursacht waren,

- auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen, oder auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Personen beruhen,

- im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt,

- auf der Ausübung risikoreicher Sportarten wie z. B. Skispringen, Tauchen, Drachenfliegen, Motorrennsport, Boxen, Vollkontaktkarate, Rugby, Free Climbing, Bungee-Jumping oder Flugsport beruhen.

e) für Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen sowie Zeckenbissen;

f) für Bauch- oder Unterleibsbrüche;

g) für Schäden an Bandscheiben, sofern nicht ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis gemäß § 6 Absatz a die überwiegende Ursache ist;



- h) für Behandlungen in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach 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;
- i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder;
- k) bei einer als Folge eines Unfalls bedingten Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 2 und 3 SGB XI oder bei einer durch Verwahrung bedingten Unterbringung.

(2) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum.
- (3) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.
- (4) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) 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.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen werden nicht in Rechnung gestellt, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausaussweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - grundsätzlich mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis jedoch aufgrund einer Kündigung durch den Versicherer gemäß § 16 Abs. 1, so besteht für schwebende Versicherungsfälle bis zum Ende der stationären Heilbehandlung (Entlassung aus dem Krankenhaus), die zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung durchgeführt wird, weiterhin Versicherungsschutz.

§ 10 Beitragszahlung

- (1) Der Versicherer erhebt Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von
 - 1 % bei 1/4-jährlicher Zahlung,
 - 2 % bei 1/2-jährlicher Zahlung,
 - 4 % bei jährlicher Zahlung gewährt.
- (2) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

(4) 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 (siehe Anhang) 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.

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

§ 10a Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 40 Jahren, 41 bis 60 Jahren, 61 bis 80 Jahren sowie ab 81 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21., 41., 61. und 81. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

§ 10b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Behandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 11 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 8 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 11 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird die in § 11 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 13 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 Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), 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 infolge dessen 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.

§ 14 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 15 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines Versicherungsjahres (vgl. § 3 Abs. 2), frühestens aber zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund des Wechsels der versicherten Person in eine andere Altersgruppe gemäß § 10a, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel gemäß § 10b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 20 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung bzw. Änderung kündigen.

(4) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 16 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres (vgl. § 3 Abs. 2) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 15 Abs. 5 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 17 Sonstige Beendigungsgründe

(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) Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 4 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.

§ 18 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 19 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. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(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.

§ 20 Änderungen 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 Voraussetzungen 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.

§ 21 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.



ANHANG

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend gedruckt:

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsticherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.