

Krankenzusatzversicherung

Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages
und weitere Informationen.



Württembergische
Krankenversicherung AG

Stand: Juli 2009

Expert Versicherungsmakler

D. Lahn
Kietz 33
14793 Gräben

Telef. 033833-70 929

www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Inhaltsverzeichnis

In dieser Broschüre finden Sie die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie weitere Informationen für Ihren individuellen Vertrag:

	Seite
Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick	2
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	3
Merkblatt zur Datenverarbeitung	4
Krankheitskostenteilversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	6
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)	12
Tarif ZG Zahnersatz-Zusatzversicherung	16
Tarif BZG2o ZahnPlus/Brille	16
Tarif SG Stationäre Zusatzversicherung (Zweibettzimmer/Wahlarzt)	17
Besondere Vereinbarungen zu Tarif SG – stationäre Zusatzversicherung (auf Risikobasis)	17
Tarif SE Stationärer Einbettzimmerzusatztarif	18
Tarif SGK Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche	18
Tarif KHT Krankenhaustagegeldtarif	19
Tarif EG Ergänzungsversicherung – Grunddeckung	20
Tarif EGN Ergänzungsversicherung – Normaldeckung	21
Tarif EGS Ergänzungsversicherung – Superdeckung	22
Tarif VS Vorsorgetarif/Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS	23
Tarif AS Amublanter Schutz	27
Tarif AZG Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung – Normaldeckung	28
Tarif AZGS Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung – Superdeckung	30
Besondere Vereinbarung zu Teil III Tarif AZGS	31
Tarif SBA Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBA/SBAN)	32
Optionsversicherung	
Tarif OPTG Optionsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	33
Krankentagegeldversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung	34
Tarif KTN Krankentagegeldtarif	39
Tarif KTSN Krankentagegeldtarif für Selbstständige	40
Private Pflegezusatzversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung	41
Tarif PT Pfl egetagegeldtarif Top-Schutz	46
Tarif PT 1 Pfl egetagegeldversicherung	47
Tarif PT 2 Pfl egetagegeldversicherung	48
Tarif PT 3 Pfl egetagegeldtarif Grund-Schutz	49
Auslandsreisekrankenversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKM für Einzelpersonen mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	50
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKFm) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKFm für Familien mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	51

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungs- vertragsgesetz (VVG) sowie § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung [VVG-InfoV])

1. Unsere Identität

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstr. 30, 70176 Stuttgart,
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 19456

2. Identität unseres für Sie zuständigen Vertreters in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, wenn Sie dort Ihren Wohnsitz haben

Entfällt

3. Ladungsfähige Anschriften

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart

Vertretungsberechtigte

Vorstand: Gabriele Bengel, Ruth Martin

4. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit

Gegenstand unseres Unternehmens ist der Betrieb der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Vermittlung von Versicherungen in Zweigen, die unser Unternehmen nicht selbst betreibt sowie der Betrieb anderer Geschäfte, die mit dem Versicherungsgeschäft in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

5. Hinweis zum Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen

Zur Absicherung der Ansprüche aus dem Vertrag besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds, der bei der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer und der versicherten Person. Die Württembergische Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

6. Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen

Die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen erhalten Sie als Anlage.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistungen: Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistungen

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und Produktinformationsblatt bzw. (Angebot zum) Versicherungsschein sowie Angaben in Ihrem Antrag, wenn der Vertrag unverändert zustande kommt. Bei der Ermittlung der Beiträge berücksichtigen wir die von Ihnen und gegebenenfalls den versicherten Personen in Ihrem Antrag / Ihrer Angebotsanforderung angegebenen gefährlicheren Umstände (z.B. Ihre Gesundheitsangaben), die wir in Ihrem (Angebot zum) Versicherungsschein dokumentieren.

8. Eventuell zusätzlich anfallende Kosten

Neben etwaigen gesetzlichen Ersatzansprüchen werden über die vereinbarten Beiträge hinaus Kosten und Gebühren nur in den durch die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen festgelegten Fällen in Rechnung gestellt. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der Rufnummer (Vorwahl aus dem Ausland 00 49) 180 11 22 300 zur Verfügung. Hierfür fallen derzeit 3,9 Cent pro Minute bei Anruf aus dem deutschen Festnetz an. Preise aus dem Mobilfunknetz und bei Anrufen aus dem Ausland können höher sein. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 5,00 EUR je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

9. Beitragszahlung

Einzelheiten zur Zahlung des Beitrags, insbesondere zur Zahlungsweise und zur Fälligkeit, sind dem (Angebot zum) Versicherungsschein sowie den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen und den Tarifbestimmungen zu entnehmen.

10. Geltungsdauer unserer Informationen

Die im Vorschlag mit unverbindlicher Beitragsberechnung und im Produktinformationsblatt genannten Beiträge sind längstens bis zum Beginn des neuen Jahres gültig. Alle anderen Informationen haben grundsätzlich eine unbefristete Geltung, längstens jedoch bis zum Zeitpunkt erforderlicher Änderungen.

11. Spezielle Risiken oder Preisschwankungen auf dem Finanzmarkt aufgrund eines Zusammenhangs des Versicherungsvertrags mit Finanzinstrumenten

Keine

12. Zustandekommen des Vertrags

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Versicherungsantrag ausdrücklich annehmen oder Sie unser Angebot zum Versicherungsschein durch Unterzeichnung und Übermittlung des Annahmeschreibens („Einverständniserklärung“) an uns annehmen. Das Einverständnis der versicherten Personen und ggf. der gesetzlichen Vertreter muss ebenfalls vorliegen.

Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im (Angebot zum) Versicherungsschein festgelegten Zeitpunkt. Gegebenenfalls sind Wartezeiten zu beachten. Den gewünschten Beginn entnehmen Sie den Angaben im Antrag.

Bindungsfrist hinsichtlich des Antrags/Angebots zum Versicherungsschein

Wenn Sie ein Angebot zum Versicherungsschein erhalten haben, halten wir uns an das Angebot 4 Wochen, bei Erschwerisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Württembergische Krankenversicherung AG, Postfach, 70163 Stuttgart oder Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, E-Mail Anschrift: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de, Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0711 662-3380 bzw. – 3910.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

14. Laufzeit des Vertrags, ggf. Mindestvertragslaufzeit

Die Versicherungsdauer ist in den Allgemeinen und den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Bei Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen sowie bei Pflegegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungsstarife sowie für Optionstarife und die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

15. Angaben zur Vertragsbeendigung, insbesondere vertragliche Kündigungsregelungen sowie etwaiger Vertragsstrafen

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag beträgt die Kündigungsfrist einen Monat zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis durch Sie innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Wirksamwerden der Änderung gekündigt werden. Vertragsstrafen sind nicht vereinbart.

16. Anwendbares Recht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

Für die Beziehungen zwischen Ihnen und uns gilt vor Abschluss des Versicherungsvertrags ausschließlich deutsches Recht.

17. Auf den Versicherungsvertrag anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

Gerichtsstand

Wenn Sie uns verklagen:

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung können Sie insbesondere bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen:

Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei folgenden Gerichten geltend machen:

- dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen für Ihren gewöhnlichen Aufenthalt örtlich zuständig ist,
- dem Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebs befindet, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Geschäfts- oder Gewerbebetrieb abgeschlossen haben.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Geschäftssitz nach Vertragsschluss ins Ausland verlegt haben:

Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihren Geschäftssitz nach Vertragsschluss außerhalb Deutschlands verlegt haben oder Ihr Wohn- bzw. Geschäftssitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt abweichend vorstehender Regelungen die Zuständigkeit des Gerichts als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

18. Vertragssprache

Maßgebliche Sprache für dieses Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit Ihnen während der Laufzeit des Vertrags ist Deutsch.

19. Außergerichtliche Streitschlichtung

Zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. die Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“ Kronenstraße 13, 10117 Berlin, eingerichtet. Weitere Informationen unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Für Fragen zu Ihren Versicherungsverträgen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn, Email: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de, wenden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Abs. 3 VAG

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter, Geschlecht und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Alterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹⁾. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

1) Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Merkblatt zur Datenverarbeitung: Gültig ab 1. April 2009

Wichtiger Hinweis

Bitte bewahren Sie dieses Merkblatt auf, da es Bestandteil der Einwilligung ist, die Sie der Gesellschaft für die Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten schriftlich erteilt haben und die auch für eventuelle künftige Verträge gilt.

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn Sie als Betroffener eingewilligt haben. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss.

Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. Bei Personenversicherungen, wie zum Beispiel der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung, ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungsscheinnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben hierzu und ggfs. auch Angaben von Dritten wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsscheinnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfra-

gen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV und beim PKV-Verband zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

■ Aufnahme von Sonderisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

■ Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers;

■ Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung

Rechtsschutzversicherer

■ Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.

■ Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

■ Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

■ Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

■ Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vertäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen.

■ Außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Krankenversicherer

Meldung von Leistungsfällen, wenn Verdacht auf Versicherungsmissbrauch besteht.

Zweck: Bekämpfung von Betrug und Aufdeckung falscher Angaben bei Antragstellung und Leistungsfällen.

5. Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot&Württembergische AG

Um Ihnen einen umfassenden Service anbieten zu können, arbeiten unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen in der Gruppe zusammen.

Ferner sind zur Kostenersparnis einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso, die Datenverarbeitung, der Vertrieb oder die Kredit- und Mahnabteilung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. Ebenfalls werden u.a. auch Ihre Vertragsnummer, die Art der Verträge, ggfs. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt.

Dabei sind die so genannten Kundenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen unserer Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort die zuständige Stelle genannt werden.

Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe abfragbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der Unternehmensgruppe Wüstenrot&Württembergische AG gehören zurzeit folgende Unternehmen an, mit denen teilweise gemeinsame Datensammlungen bestehen oder in Zukunft entstehen sollen:

Wüstenrot&Württembergische AG,
Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG,
Karlsruher Lebensversicherung AG,
Württembergische Krankenversicherung AG,
Württembergische Lebensversicherung AG,
Württembergische Versicherung AG,
Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH,
Württembergische Vertriebservice GmbH,
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank,
Wüstenrot Bausparkasse AG,
Wüstenrot Immobilien GmbH,
W&W Asset Management GmbH,
W&W Informatik GmbH,
W&W Service GmbH.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

Unsere wesentlichen Kooperationspartner sind derzeit:
Landesbank Baden-Württemberg,
Baden-Württembergische Investmentgesellschaft mbH.

6. Betreuung durch den Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsscheinnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Kooperationspartnern Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Sie zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen, so regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) §§ 1-20

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

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

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (2) Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Als Versicherungsfall gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

zu § 1 (4) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der

Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) 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 Partnerschaft beantragt wird.

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung 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 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

Wird eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

zu § 3 (2) b) und (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Der Verzicht auf die allgemeine Wartezeit für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) gilt sinngemäß auch für die besonderen Wartezeiten.

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

zu § 3 (4) Erlass der Wartezeiten bei Krankheitskostenteilversicherung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung von ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

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

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

zu § 4 Anrechnung der Aufwendungen

Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.

zu § 4 (2) und (3) Heilpraktiker

Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker sowie deren Verordnungen sind nur erstattungsfähig, sofern dies der Tarif vorsieht.

zu § 4 (4) Stationäre Heilbehandlung

Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

zu § 5 Gebührenordnung

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

Die Leistungseinschränkung gilt nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, einen Kostenzuschuss, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind unabhängig vom vereinbarten Tarif nur die allgemeinen Krankenhausleistungen zuschussfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

zu § 5 (1) e) Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Der Versicherer leistet auch für Kosten einer ambulanten Heilbehandlung, die nicht Kurbehandlung ist, in einem Heilbad oder Kurort.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (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 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

zu § 6 (1) Leistungsunterlagen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der be-

handelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

zu § 6 (4) Währung und Wechselkurs

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

zu § 6 (5) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 EUR je Mahnung, zu entrichten. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.
- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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.
- (8) 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.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet gemäß Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
 2. Leistungserhöhung,
 3. Beitragssenkung,
 4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
 5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.
- Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

- a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.
- b) Für Kinder (Eintrittsalter 0-15) und Jugendliche (Eintrittsalter 16-20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

zu § 8 (4) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 EUR. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

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

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

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zu mindestens jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vohundertsatz, 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. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basisstarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

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

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und

evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehenen Ersatzkrankenhaustagegelder angepasst werden.

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

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

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

zu § 9 (1) Anzeige einer Krankenhausbehandlung

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet. Die Bestimmung des § 4 (5) bleibt hiervon unberührt.

§ 10 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 § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (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.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheits-

kostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

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

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

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Altersrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

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

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung *(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)*

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungsspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung, oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge erlangt. Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die Ruhenszeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, die vertraglichen Leistungen erbracht, soweit die Behandlungen bzw. Verordnungen in die Zeit nach Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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) 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 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 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 höchstgerichtliche 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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2 a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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 die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) 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.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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

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

§ 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 von 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 diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, 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 der Prämie oder der 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 infolge dessen 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 Krankheitskostenversicherung, 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 5000 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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 Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 VVG Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- (2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.
- (3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 - ...
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen pri-

vaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 EUR zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 EUR. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt, ...

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

...

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.
 - ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Tarif mit Tarifbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate Versicherungsschutz. Bei längerem Aufenthalt kann Versicherungsschutz über diesen Zeitpunkt hinaus vereinbart werden.
- (5) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
- (6) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 VVG verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
- (4) Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
- bei Unfällen;
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerchaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird.
 - Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate. Sie entfallen
 - bei Unfällen
 - für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerchaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird;

cherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird;

- Ärztliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten ärztlichen Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden. Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgeübten Wartezeiten.
- Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden, sofern dies der Tarif vorsieht.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung im Sanitätszentrum der Bundeswehr besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld.
- (7) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungspflicht entfällt nicht, soweit die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerchaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit.

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

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

(5) Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden; Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen können abgezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer kein Inlandskonto benannt hat.

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

(2) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Bei Vorauszahlung räumt der Versicherer einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

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

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Ist Lastschriftverfahren vereinbart, gilt die erste Beitragsrate bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

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

(6) Nicht rechtzeitig 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. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 EUR. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (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) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

(2) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

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

(4) Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

(5) Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen eines höheren Alters, kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(6) 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.

§ 8b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Beträgt die Abweichung mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (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.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Danach kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat.

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

(3) 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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) 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.

(6) 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 drei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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) 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

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 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.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) 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 halbblütigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) 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.

Auszug aus dem 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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

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

§ 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 von 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 diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, 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 der Prämie oder der 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 Zah-

lungsfrist 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 infolge dessen 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 Krankheitskostenversicherung, 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 Euro 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 Euro. 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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes 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 Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif ZG Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsleistungen

Aufwendungen für Zahnersatz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:
Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen und Brücken, Implantate, Prothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen und angemessenen Material- und Laborkosten.

Nicht versichert sind Zahnbehandlungen und Kieferorthopädische Behandlungen.

Erstattet werden in
Tarifstufe ZG30 30%,
Tarifstufe ZG50 50%,
Tarifstufe ZG70 70%,
zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers jedoch höchstens 80% der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens:

1000 EUR in den ersten 12 Monaten,
2000 EUR in den ersten 24 Monaten,
3000 EUR in den ersten 36 Monaten und
4000 EUR in den ersten 48 Monaten
ab Versicherungsbeginn des Tarifs.

Diese Regelung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mindestens 1 500 EUR, ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans halbiert sich der Erstattungssatz der jeweiligen Tarifstufe.

Besondere Bestimmungen

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Punkt b) der AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009 gilt nicht.

Teil III Tarif BZG20 Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif BZG20 zum Risikobeitrag

Für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif BZG20 wird der Beitrag nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Alterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

3. Versicherungsleistungen

3.1. Aufwendungen für Zahnersatz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kompositfüllungen (Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik), Kronen und Brücken, Prothesen, implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die mit Zahnersatz in Zusammenhang stehenden Behandlungen und Maßnahmen und angemessenen Material- und Laborkosten.

Nicht versichert sind Zahnbehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen.

Erstattet werden 20% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Kompositfüllungen sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf den Regelhöchstsatz der GOZ begrenzt.*

Der Erstattungsbetrag ist zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100% des Rechnungsbetrages begrenzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens:

1 000 EUR in den ersten 12 Monaten,
2 000 EUR in den ersten 24 Monaten,
3 000 EUR in den ersten 36 Monaten und
4 000 EUR in den ersten 48 Monaten
ab Versicherungsbeginn des Tarifs.

Diese Regelung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mehr als 1 500 EUR ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Erfolgt die Vorlage des Heil- und Kostenplans nicht oder nicht rechtzeitig, halbiert sich der Erstattungssatz.

3.2. Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung

Erstattet werden innerhalb eines Versicherungsjahres 100% der Aufwendungen für zahnmedizinische Individualprophylaxe-Maßnahmen (professionelle Zahnreinigung). Dazu zählen insbesondere

- Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen
- Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
- Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen
- Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Politur

Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von 80 EUR je Versicherungsjahr.

3.3. Aufwendungen für Sehhilfen

Erstattet werden innerhalb von zwei Versicherungsjahren 100% der Aufwendungen für Sehhilfen und deren Reparaturleistungen, begrenzt auf einen Betrag von 125 EUR. Bei Kindern entsteht bereits vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen.

4. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

5. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird altersunabhängig berechnet. Abs. b) AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009 gilt nicht.

* Das ist der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Teil III Tarif SG Stationäre Zusatzversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsfähig sind auch Personen, die in einer Krankheitskostenvollversicherung eines **anderen** privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und diese Versicherung bei stationärer Heilbehandlung nur den Ersatz der Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen vorsieht.

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Behandlungen in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 AVB Teil I erfüllt. § 4 Abs. 5 AVB Teil I bleibt hiervon unberührt. Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100 % für:

1. Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer.
Wenn die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer gewählt wird, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Ist die Unterbringung im Zweibettzimmer Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen, so ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.
Bei Verzicht auf die Unterbringung im Zweibettzimmer wird ein Ersatzkrankhaustagegeld von 30 EUR gezahlt.
2. Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist.
Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankhaustagegeld von 30 EUR gezahlt.
3. Vor- und nachstationäre Heilbehandlung sowie ambulante Operationen im Krankenhaus im Sinne von § 115 a bzw. § 115 b Sozialgesetzbuch V, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die vom Sozialversicherungsträger zu erbringende Vorleistung wird in Abzug gebracht.
Entfällt die Vorleistung, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50 % ersetzt.

4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV). Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung.
Ausgenommen von der Erstattung sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen.
Entfällt die Vorleistung, sind ausschließlich die Aufwendungen gemäß der Ziffern 1 und 2 erstattungsfähig.
5. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung bis zu höchstens 75 EUR je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

Besondere Bestimmung

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Besondere Vereinbarung zu Teil III Tarif SG Stationäre Zusatzversicherung

gültig nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif SG Stationäre Zusatzversicherung

1. Stationäre Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif SG zum Risikobeitrag

Für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif SG wird nach Maßgabe der nachfolgenden Bedingungen ein Risikobeitrag vereinbart. Dieser Beitrag ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Alterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und die zwischen 21 und 45 Jahre alt sind.

Versicherungsfähig sind auch Personen, die in einer Krankheitskostenvollversicherung des anderen Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und die zwischen 21 und 45 Jahre alt sind. Die Krankheitskostenvollversicherung des anderen Krankenversicherungsunternehmens darf bei stationärer Heilbehandlung nur den Ersatz der Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen vorsehen.

Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

3. Altersgruppen

Die Festlegung des Risikobeitrages erfolgt über nachstehende Altersgruppen:

- 21 bis 29 Jahre und
- 30 bis 45 Jahre.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

4. Umstellung des Versicherungsverhältnisses; Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers; Wechselrecht; Beitragsberechnung

- 4.1. Vollendet die versicherte Person das 45. Lebensjahr, wird das Versicherungsverhältnis zum 01.01. des Folgejahres auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.
- 4.2. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der von der Umstellung betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Umstellung rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt kündigen.
- 4.3. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird das Versicherungsverhältnis bereits vor Vollendung des 45. Lebensjahres, frühestens aber zum 1. des nächsten, auf die Antragstellung folgenden Monats auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.

Teil III Tarif SE Stationäre Zusatzversicherung (Unterbringung im Einbettzimmer)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nur ergänzend in Verbindung mit einer beim Versicherer geführten Krankheitskostenversicherung mit Leistungen für Zweibettzimmer (Grundversicherung) vereinbart werden.

Über die Leistungen der Grundversicherung hinaus können Versicherungsleistungen nach diesem Tarif nur beansprucht werden, soweit sie ausdrücklich genannt werden und nicht über die Leistungsdauer der Grundversicherung hinausgehen.

Leistungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind – ergänzend zu den Leistungen aus der Grundversicherung – bei Behandlung in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus Aufwendungen zu 100 % für:

1. Die verbleibenden Differenzkosten für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 20 EUR gezahlt.
2. Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Besondere Bestimmungen

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) der AVB Teil I (MB/KK 2009) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
Dieser Tarif endet mit dem Wegfall der Grundversicherung.
Wird Versicherungsschutz nach diesem Tarif im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung vereinbart, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Tarif SGK – Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)

1. Aufnahmebefähigung

Aufnahmebefähigt sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und die das Höchst Eintrittsalter von 7 Jahren nicht überschritten haben.

Leistungsleistungen

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Behandlungen in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 AVB/S erfüllt. § 4 Abs. 5 AVB/S bleibt hiervon unberührt. Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100 % für:

- 2.1 Unterkunftszuschlag Ein- und Zweibettzimmer.
Bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 20 EUR gezahlt. Wird auch auf die Unterbringung im Zweibettzimmer verzichtet, erhöht sich das Ersatzkrankenhaustagegeld auf 50 EUR.
- 2.2 Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist.
Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 EUR gezahlt.
- 2.3 Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung.
Ausgenommen von der Erstattung sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen.
Entfällt die Vorleistung, sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
- 2.4 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.5 Vor- und nachstationäre Heilbehandlung sowie ambulante Operationen im Krankenhaus im Sinne von § 115 a bzw. § 115 b Sozialgesetzbuch V, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die vom Sozialversicherungsträger zu erbringende Vorleistung wird in Abzug gebracht.
Entfällt die Vorleistung, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50 % ersetzt.

2.6 Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung bis zu höchstens 75 EUR je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

3. Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn mit der Behandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.
Endet die Versicherung nach Tarif SGK (z.B. nach Ziffer 4), erfolgt – auch für schwebende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

3.1 Leistungen bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV
Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit diese nicht unter den Leistungsanspruch gegenüber der GKV fallen (Mehrkosten).
Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2 000 EUR. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 1 600 EUR.

3.2 Leistungen ohne bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV
Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit hierfür insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4 000 EUR. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 3 200 EUR.

Kieferorthopädischer Heil- und Kostenplan:

3.3 Die Aufwendungen nach den Ziffern 3.1 und 3.2 werden erstattet, wenn rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer schriftlich genehmigt wurde. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, die Prüfung unverzüglich vorzunehmen.
Wird die Maßnahme ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Versicherers durchgeführt, erfolgt keine Erstattung.

Leistungsstufen:

- 3.4 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.1 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens 1 000 EUR in den ersten 12 Monaten und 2 000 EUR in den ersten 24 Monaten ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.
- 3.5 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.2 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens 1 000 EUR in den ersten 12 Monaten, 2 000 EUR in den ersten 24 Monaten, 3 000 EUR in den ersten 36 Monaten und 4 000 EUR in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Besondere Bestimmungen

4. Beendigung der Versicherung nach Tarif SGK

Die Versicherung nach Tarif SGK endet zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.

5. Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die das Versicherungsverhältnis nach Ziffer 4 endet, innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung die Umstellung in die Tarife SG(R), SE und ZG30 ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten verlangen. Die Umstellung erfolgt rückwirkend zum 01.01. des auf die Beendigung folgenden Jahres. Der vom Umstellungszeitpunkt an zu zahlende Beitrag richtet sich nach den dann maßgeblichen Beiträgen der Tarife, in die umgestellt werden soll. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

6. Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/S berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. tariflich vereinbarte Erstattungshöchstbeträge) an die Preisentwicklung anzupassen.

8. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-20 Jahre berechnet. § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S gilt nicht.

Teil III Tarif KHT Krankenhaustagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsleistungen

Das Krankenhaustagegeld kann in Stufen von 5 EUR, mindestens jedoch in Höhe von 10 EUR, vereinbart werden. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthaltes in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden jeweils als ein voller Tag gewertet. Bei ambulanter Entbindung wird ein pauschales Krankenhaustagegeld in Höhe des dreifachen vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Beiträge

Für den Teil des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, der 50 EUR übersteigt, werden die monatlichen Beitragsraten verdoppelt. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif EG Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

1. Sehhilfen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig. Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 125 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind Aufwendungen erstattungsfähig für:

2. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Abs.2 SGB V.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs.4 SGB V.
4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Entfällt die Vorleistung des Sozialversicherungsträgers, sind die Aufwendungen nach den Ziffern 2 bis 4 nicht erstattungsfähig.

Für Versicherte im Basistarif handelt es sich in den Ziffern 2 bis 4 nicht um Vorleistungen des Sozialversicherungsträgers oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

Erstattungssatz 50 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

5. Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2 500 EUR pro Versicherungsjahr.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

Besondere Bestimmung

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif EGN Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum Erstattungssatz 100 % für:

1. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig. Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind die Aufwendungen erstattungsfähig für:

2. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Abs. 2 SGB V.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V.
4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung je Hilfsmittel und Hilfsmittel zum Verbrauch nach § 33 SGB V. Differenzbeträge, welche sich aufgrund der Abweichung von einer üblichen Ausführung ergeben (Luxusausführung), bleiben unberücksichtigt.
6. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 5 SGB V.
7. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach §§ 40, 41 SGB V.
8. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V.

Entfällt die Vorleistung des Sozialversicherungsträgers, sind die Aufwendungen nach Ziffern 2 bis 8 nicht erstattungsfähig.

Für Versicherte im Basistarif handelt es in den Ziffern 2 bis 8 nicht um Vorleistungen des Sozialversicherungsträgers oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

Erstattungssatz 50 % für:

9. Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2500 EUR pro Versicherungsjahr.
Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badesubstanzen, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

Besondere Bestimmung

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif EGS Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum

Erstattungssatz 100 % für:

1. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig. Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind die Aufwendungen erstattungsfähig für:

2. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Abs. 2 SGB V.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V.
4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegeverordnung (BPFV) bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung je Hilfsmittel und Hilfsmittel zum Verbrauch nach § 33 SGB V. Differenzbeträge, welche sich aufgrund der Abweichung von einer üblichen Ausführung ergeben (Luxusausführung), bleiben unberücksichtigt.
6. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 5 SGB V.
7. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach §§ 40, 41 SGB V.
8. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V.
9. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten, verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach § 31 SGB V.

Entfällt die Vorleistung des Sozialversicherungsträgers, sind die Aufwendungen nach Ziffern 2 bis 9 nicht erstattungsfähig.

Für Versicherte im Basistarif handelt es sich in den Ziffern 2 bis 9 nicht um Vorleistungen des Sozialversicherungsträgers oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

Erstattungssatz 50 % für:

10. Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2500 EUR pro Versicherungsjahr.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badeszusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

11. Ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige medizinisch notwendige Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 und 2 SGB V, sowie sich ergebende Differenzkosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die durch Festbeträge von Arzneimitteln nach § 35 SGB V und den tatsächlichen Kosten entstehen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel- und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badeszusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Besondere Bestimmung

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu §8(1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS (Vorsorgetarif)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die in § 5 aufgeführten Leistungen. Der Versicherer ersetzt im Versicherungsfall die hierfür entstehenden Aufwendungen in dem Umfang und in der Höhe, die in § 5 Ziffern 1 bis 6 festgelegt sind.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung und Sterilisation,
 - b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen,
 - c) Tod.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) 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. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags 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.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeit beträgt drei Monate, für Entbindung und Psychotherapie beträgt sie acht Monate.

Die Wartezeiten entfallen

 - a) bei Unfällen,
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern Versicherungsschutz nach diesem Tarif innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Partnerschaft beantragt wird,
 - c) für Neugeborene und adoptierte Kinder, sofern der Antrag auf Versicherungsschutz nach diesem Tarif innerhalb von zwei Monaten nach Vollendung der Geburt oder der Adoption gestellt wird.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten steht frei.
- (2) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 2 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- (4) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und 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 oder Arzneimitteln angefallen wäre.

§ 5 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum

Erstattungssatz 80 % für:

1. Vorsorgeuntersuchungen. Die Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen innerhalb Deutschlands werden

bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 500 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet. Die maximale Erstattung beträgt demnach insgesamt 400 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Erstattet werden die Aufwendungen bis zu den Regelhöchstätzen¹ der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

- Vorsorge für Kinder und Jugendliche: Früh- und Vorsorgeuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr, wie z. B. Audio-Check, Schilddrüsen-, Kinder-Intervall-Check, Kindervorsorge Uga, Ugb sowie Jugendvorsorge J2;
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft, wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchung zwischen 6. und 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennung ohne Mindestalteranforderung, wie z. B. Mammographie, Sonographie als ergänzende Krebsvorsorge, Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test;
- allgemeine Vorsorge, wie z. B. Gesundheits-, Hirnleistungs-Check, Schlaganfall-, Grüner-Star-, Osteoporose-, Schilddrüsen-Vorsorge;
- reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen;
- zahnmedizinische Vorsorge. Hierzu gehören ausschließlich professionelle Zahnreinigung, Fluoridierungsmaßnahmen, Fissurenversiegelung und Prothesenreinigung bei Zahnsteinbildung.

Erstattungssatz 100 % für:

2. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und / oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Die tarifliche Leistung ist insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens 125 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Ab dem 50. Lebensjahr erhöht sich der Erstattungsanspruch auf insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Soweit Leistungen aus einer anderen privaten Zusatzversicherung beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Entfällt die Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, besteht keine Leistungspflicht.
4. Zahnersatz nach Unfallereignissen. Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Brücken und Implantate, herausnehmbare Teil- oder Ganzprothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der dazu gehörigen angemessenen Material- und Laborkosten. Erstattet werden diese Aufwendungen, sofern der Zahnersatz aufgrund eines zuvor erlittenen Unfalls medizinisch notwendig geworden ist.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und/oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Die zahnärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen GOÄ bzw. GOZ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur für die Zahnersatzmaßnahmen, die ursächlich im Zusammenhang mit einem Unfallereignis stehen, das nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt. Die Zahnersatzmaßnahme ist unmittelbar nach dem Unfallereignis durchzuführen. Für Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme bzw. durch grob fahrlässiges Verhalten verursacht werden, besteht kein Versicherungsschutz.
5. Entbindungspauschale. Bei Entbindungen wird eine Entbindungspauschale von 150 EUR gezahlt.
6. Auslandsreisekrankenversicherung. Versicherungsschutz besteht bei akuten Erkrankungen, Unfällen und Todesfällen während vorübergehender Aufenthalte im Ausland für bis zu 42 Tage pro Auslandsaufenthalt. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat sowie Deutschland.

Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

 - Ärzte (einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose);
 - Arznei-, Verband- und Heilmittel. Arzneimittel müssen im Aufenthaltsland in einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badeszusätze, Kosmetikmittel und ähnliches;
 - medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;
 - stationäre Behandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus;
 - medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt, sofern ein Notfall vorliegt;
 - schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen;

¹ Das sind zurzeit der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E, O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M sowie nach der Nr. 437 der GOÄ der 1,15fache Satz.

- medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus in Deutschland bzw. am ständigen Wohnsitz des Versicherten, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Überführungskosten bis 10 000 EUR beim Tod einer versicherten Person an deren letzten ständigen Wohnsitz.

Keine Leistungspflicht besteht für alle hier nicht als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren sowie für Heilbehandlungen, mit denen bei Beginn der Auslandsreise nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen war, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 3 entfallen bei der Behandlung im Ausland die Wartezeiten. Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – spätestens mit Grenzüberschreitung ins Inland bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Er endet zudem mit dem Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise nach Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthaltes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Besteht ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

Soweit bei einem Versicherungsfall Leistungen aus Versicherungsverträgen bei anderen privaten Versicherungsunternehmen beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationssträger;
 - d) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen GOÄ bzw. GOZ nicht entsprechen. Dies gilt nicht für die Auslandsreisekrankenversicherung nach § 5 Ziffer 6.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweifelschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und das jeweilige Behandlungsdatum.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (5) Die Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 9 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Dieser ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2 % bei halbjährlicher Zahlung und 4 % bei Jahreszahlung ein.

- (2) Der erste Beitrag gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

- (3) Der erste Beitrag oder die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

- (4) 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 in Höhe von 5 EUR je Mahnung verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

- (5) Die Beiträge sind bis zum Ablauf des Monats zu zahlen, in dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

- (7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

§ 9a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

- (2) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter der zu versichernden Person. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr. Es ist jeweils der Beitrag der Altersgruppe zu zahlen, die dem erreichten Alter entspricht.

- Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. bzw. 50. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

- (3) 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.

§ 9b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusagen können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Untersuchungs- und Behandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen) die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit dieses Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

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

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

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

- (2) Die Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland ist dem Versicherer spätestens einen Monat nach dem erfolgten Umzug schriftlich anzuzeigen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (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.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstellungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern

der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres schriftlich gekündigt hat.

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

(3) Bei einer Beitragserhöhung nach § 9a (2) kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 (1), so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung 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.

(6) 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. Dieser bestätigt dem Versicherer in schriftlicher Form, die Vertragspflichten zu übernehmen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Rückständige Beiträge sind nach zu entrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen 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 nur für einzelne versicherte Personen, gilt § 14 Abs. 6 Sätze 1 und 3 entsprechend.

§ 16 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 von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

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

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 18 Gerichtsstand

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

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

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

§ 19 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 höchstgerichtliche 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.

Anhang

Auszug aus dem 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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.

§ 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 nur 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 von 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 diese 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, 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 der Prämie oder der 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 infolge dessen 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.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 erfüllt, ist durch den Versicherer ausgeschlossen. Darüber hinaus ist die ordentliche Kündigung einer Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und einer Pflegekrankenversicherung durch den Versicherer ausgeschlossen, wenn die Versicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Sie ist weiterhin ausgeschlossen für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Eine Krankentagegeldversicherung, für die kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht, kann der Versicherer abweichend von Satz 2 in den ersten drei Jahren unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

...

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) 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 die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) 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.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif AS Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif AS zum Risikobeitrag

Für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif AS wird der Beitrag nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Alterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

3. Versicherungsleistungen

3.1. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden innerhalb von zwei Versicherungsjahren 80 Prozent der Aufwendungen für nachstehend aufgeführte, in Deutschland durchgeführte, ambulante Vorsorgeuntersuchungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 EUR. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 400 EUR. Die Aufwendungen werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattet.

- Vorsorge für Kinder und Jugendliche: Früh- und Vorsorgeuntersuchungen bis zum 18. Lebensjahr, wie z. B. Audio-Check, Schiellvorsorge, Kinder-Intervall-Check, Kindervorsorge U9a, U9b sowie Jugendvorsorge J2;
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft, wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchung zwischen 6. und 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennung ohne Mindestalteranforderung, wie z. B. Mammographie, Sonographie als ergänzende Krebsvorsorge, Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test;
- allgemeine Vorsorge, wie z. B. Gesundheits-, Hirnleistungs-Check, Schlaganfall-, Grüner-Star-, Osteoporose-, Schilddrüsen-Vorsorge;
- reisemedizinische Beratung und Reiseimpfungen;
- zahnmedizinische Vorsorge (ausschließlich professionelle Zahnreinigung, Fluoridierungsmaßnahmen, Fissurenversiegelung und Prothesenreinigung bei Zahnsteinbildung)

3.2. Hilfsmittel

Erstattet werden 80 Prozent der Aufwendungen für Hilfsmittel bis zur Höhe der ortsüblichen Preise nach Abzug der von der GKV zu erbringenden Vorleistung. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Differenzbeträge, welche sich aufgrund der Abweichung von einer üblichen Ausführung in mittlerer Art und Güte ergeben (Luxusausführung). Erbringt die GKV keine Vorleistung, werden 50% der Aufwendungen erstattet.

Die Erstattung der Aufwendungen für Hörgeräte ist auf einen Rechnungsbetrag von 2 500 EUR je Hörgerät begrenzt.

Ab einem Kaufbetrag von 750 EUR ist die vorherige Zusage des Versicherers erforderlich. Ist die Miete kostengünstiger als der Kauf, sind nur die Mietkosten erstattungsfähig.

3.3. Sehhilfen

Erstattet werden innerhalb von zwei Versicherungsjahren 100 Prozent der Aufwendungen für Sehhilfen und deren Reparaturleistungen, begrenzt auf einen Betrag von 125 EUR. Bei Kindern entsteht bereits vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen.

3.4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland

Erstattet werden die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der von der GKV zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Soweit Leistungen aus einer anderen privaten Zusatzversicherung beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Erbringt die GKV keine Vorleistung, besteht keine Leistungspflicht.

3.5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen

Erstattet werden Aufwendungen für nachstehend aufgeführte Zuzahlungen nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers. Erbringt der Sozialversicherungsträger keine Vorleistung, besteht keine Leistungspflicht.

- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten, verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach § 31 SGB V
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Abs. 2 SGB V
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung je Hilfsmittel und Hilfsmittel zum Verbrauch nach § 33 SGB V.
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 5 SGB V
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach §§ 40, 41 SGB V

3.6. Leistungen für Versicherte im Basistarif

Für Versicherte im Basistarif handelt es sich in den Ziffern 3.2, 3.4 und 3.5 nicht um Vorleistungen der GKV oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

4. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. bzw. 50. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (siehe AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif AZG Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der GKV versichert sind.

Versicherungsleistungen

- Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung, soweit die Gebühren nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) berechnet werden, deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen und maximal den 1,5fachen Satz**
 - für persönliche ärztliche Leistungen
 - für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ (technische Leistungen) sowie maximal den 1,5fachen Satz
 - für Leistungen nach Abschnitt M und für Ziffer 437 GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen) betragen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 100% – für:

- Ärztliche Heilbehandlung.
Nicht erstattungsfähig sind Behandlungskosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft.
- Psychotherapie bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), soweit die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach Ziffer 1. entsprechen (siehe auch Ziffer 1.12).
- Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
- Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden im angemessenen und ortsüblichen Rahmen, wobei Grundlätze die vom Bundesminister des Inneren festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge sind. Zu den Heilmitteln zählen alle in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Behandlungsmethoden. Die beihilfefähigen Höchstsätze können beim Versicherer erfragt werden.
- Hilfsmittel in mittlerer Art und Güte. Als Hilfsmittel gelten Bruchbänder, Leibbinden, Geh- und Stützapparate, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle, Sprechgeräte, orthopädische Schuhe und Schuheinlagen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitore.
Ab einem Kaufbetrag von 750 EUR ist die vorherige Zusage des Versicherers erforderlich. Ist die Miete kostengünstiger als der Kauf, so sind die Mietkosten erstattungsfähig. Aufwendungen für Sehhilfen und Reparaturen für Sehhilfen sind nicht erstattungsfähig. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen.
- Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren.
- Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. Aufwendungen für ärztliche Untersuchungen in Diagnosezentren sind nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig.
- Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme / des Entbindungspflegers handelt und diese im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.
- Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus sofern ein Notfall vorliegt sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.
- Häusliche Krankenpflege (dies sind medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes, wie z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) außer für hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege gelten entsprechend. Entfällt die Vorleistung der GKV besteht kein Leistungsanspruch.
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie. Entfällt die Vorleistung der GKV besteht kein Leistungsanspruch.

Erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 80 % – für:

- Psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, soweit eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers vorliegt und die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach Ziffer 1. entsprechen.

- Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ).**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 100 % – für:

- Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, Kompositfüllungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.
Von der Erstattung ausgenommen sind Zahnersatz, implantologische Leistungen und Inlays.

Erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 80 % – für:

- Kieferorthopädische Behandlung.
Erstattungsfähig sind die Kosten kieferorthopädischer Maßnahmen für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Diese Altersbegrenzung gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte Kieferchirurgie und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 %.
Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mindestens 1 500 EUR ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans reduziert sich der Erstattungssatz auf die Hälfte.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die erstmals beim Versicherer eine ambulante Zusatzversicherung nach Tarif AZG abgeschlossen wird, eine Umstellung auf die Versicherung nach Tarif AZGS ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten verlangen. Die Umstellung erfolgt frühestens zum 1. des Folgemonats.
Der ab dem Umstellungstermin zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge bei Versicherungsschutz nach Tarif AZG werden bei Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung erhalten.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte gemäß § 53 SGB V (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

Entfällt die Vorleistung der GKV, beträgt der Erstattungssatz außer für die Ziffern 1.10 und 1.11 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Besondere Bestimmung

Beim Abschluss einer Versicherung nach Tarif AZG entfallen sämtliche Wartezeiten.
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht nach § 14 (2) MB/KK 2009.

Einreichen von Kostenbelegen

Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung der GKV im Rahmen des Tarifs AZG und der AVB Teil I und II verbliebenen Kosten. Hierfür sind die Kostenbelege mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV dem Versicherer einzureichen.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

§ 37 Häusliche Krankenpflege

- (1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermie-den oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeit-raum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
- (2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches auf-genommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
- (3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglie-der Prämienzahlungen vorzusehen.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif AZGS Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der GKV versichert sind.

Versicherungsleistungen

- Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 100 % – für:

- 1.1 Ärztliche Heilbehandlung. Nicht erstattungsfähig sind Behandlungskosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft.
- 1.2 Psychotherapie bis zu fünf probatorische Sitzungen je Versicherungsfall durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), soweit die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach Ziffer 1. entsprechen (siehe auch Ziffer 1.13).
- 1.3 Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
- 1.4 Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden, im angemessenen und ortsüblichen Rahmen, wobei Grundlage die vom Bundesminister des Inneren festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge sind.
Zu den Heilmitteln zählen alle in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Behandlungsmethoden. Die beihilfefähigen Höchstsätze können beim Versicherer erfragt werden.
- 1.5 Sehhilfen und Reparaturen an Sehhilfen. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die tarifliche Leistung ist insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Schärfe mindestens auf einem Auge um wenigstens 0,5 Dioptrien ändert.
- 1.6 Sonstige Hilfsmittel in mittlerer Art und Güte. Als sonstige Hilfsmittel gelten Bruchbänder, Leibbinden, Geh- und Stützapparate, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle, Sprechgeräte, orthopädische Schuhe und Schuheinlagen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitore. Ab einem Kaufbetrag von 750 EUR ist die vorherige Zusage des Versicherers erforderlich. Ist die Miete kostengünstiger als der Kauf, so sind die Mietkosten erstattungsfähig.
- 1.7 Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren.
- 1.8 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. Aufwendungen für ärztliche Untersuchungen in Diagnosezentren sind nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig.
- 1.9 Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebamme / des Entbindungspfleger handelt und diese im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.
- 1.10 Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.
- 1.11 Häusliche Krankenpflege (dies sind medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes, wie z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) außer für hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege gelten entsprechend. Entfällt die Vorleistung der GKV, besteht kein Leistungsanspruch.
- 1.12 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie. Entfällt die Vorleistung der GKV, besteht kein Leistungsanspruch.

Erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 80 % – für:

- 1.13 Psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, soweit eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers vorliegt und die Aufwendungen dem Grunde und der Höhe nach Ziffer 1. entsprechen.

Erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen – zum Erstattungssatz 50 % – für:

- 1.14 Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2 500 EUR pro Versicherungsjahr.
Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

2. **Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte (GOÄ bzw. GOZ).**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 100 % – für:

- 2.1 Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, Kompositfüllungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.
Von der Erstattung ausgenommen sind Zahnersatz, implantologische Leistungen und Inlays.

Erstattungsfähig sind ferner Aufwendungen – nach Abzug der Vorleistung der GKV zum Erstattungssatz 80 % – für:

- 2.2 Kieferorthopädische Behandlung. Erstattungsfähig sind die Kosten kieferorthopädischer Maßnahmen für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Diese Altersbegrenzung gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte Kieferchirurgie und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Nach erfolgreichem Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung erhöht sich der Erstattungssatz auf 100%.
Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mindestens 1 500 EUR ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans reduziert sich der Erstattungssatz auf die Hälfte.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte gemäß § 53 SGB V (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

Entfällt die Vorleistung der GKV, beträgt der Erstattungssatz außer für die Ziffern 1.5, 1.11 und 1.12 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Besondere Bestimmung

Beim Abschluss einer Versicherung nach Tarif AZGS entfallen sämtliche Wartezeiten.
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht nach § 14 (2) MB/KK 2009.

Einreichen von Kostenbelegen

Der Versicherer erstattet die nach Vorleistung der GKV im Rahmen des Tarifs AZGS und der AVB Teil I und II verbliebenen Kosten. Hierfür sind die Kostenbelege mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV dem Versicherer einzureichen.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) V – Auszug:

§ 37 Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

Besondere Vereinbarung zu Teil III Tarif AZGS

gültig nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif AZGS Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung

1. Zusatzversicherung für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Tarif AZGS zum Risikobeitrag

Für die Krankheitskostenzusatzversicherung nach Tarif AZGS wird nach Maßgabe der nachfolgenden Bedingungen ein Risikobeitrag vereinbart. Dieser Beitrag ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Alterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die zwischen 21 und 45 Jahre alt sind. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

3. Altersgruppen

Die Festlegung des Risikobeitrages erfolgt über nachstehende Altersgruppen:

- 21 bis 29 Jahre und
- 30 bis 45 Jahre.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

4. Umstellung des Versicherungsverhältnisses; Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers; Wechselrecht; Beitragsberechnung

- 4.1. Vollendet die versicherte Person das 45. Lebensjahr, wird das Versicherungsverhältnis zum 01.01. des Folgejahres auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.
- 4.2. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der von der Umstellung betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Umstellung rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt kündigen.
- 4.3. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird das Versicherungsverhältnis bereits vor Vollendung des 45. Lebensjahres, frühestens aber zum 1. des nächsten, auf die Antragstellung folgenden Monats auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBA/SBAN)

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die bestehende Krankheitskostenversicherung gilt folgende Sondervereinbarung zur Beitragszahlung:

1. Abschlussfähigkeit

Die Beitragsermäßigung kann für Personen festgelegt werden, die im Jahr der Vereinbarung der SBA/SBAN das 21. Lebensjahr vollendet und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Gegenstand

In der Krankheitskostenversicherung kann eine Änderung der Beitragszahlung so geregelt werden, dass sich ab dem ersten des Folgemonats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, die monatliche Beitragsrate um die vereinbarte Beitragsermäßigung (Grundnachlass) verringert.

Die Beitragsermäßigung erhöht sich, nach folgender Tabelle, in Abständen von 5 Jahren um jeweils 20 % des Grundnachlasses.

vollendetes Lebensjahr	Beitragsermäßigung
65.	5,00 EUR (Grundnachlass)
70.	6,00 EUR
75.	7,00 EUR
80.	8,00 EUR
85.	9,00 EUR
90.	10,00 EUR

Der Grundnachlass kann in Stufen von 5 EUR, mindestens jedoch in Höhe von 10 EUR, vereinbart werden.

3. Höchstmöglicher Umfang des Grundnachlasses und der Beitragsermäßigung

Der vereinbarte Grundnachlass darf zu keinem Zeitpunkt den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung übersteigen.

Die sich aus den Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter ergebende Beitragsermäßigung (incl. der sich aus der Überschussbeteiligung gemäß § 12a Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz ergebenden zusätzlichen Beitragsermäßigung) darf den Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung (ohne Berücksichtigung der Beitragsermäßigung aus den SBA/SBAN) nicht überschreiten. Der über dem vorgenannten Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung liegende Teil der Beitragsermäßigung wird nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen zur Milderung von späteren Beitragserhöhungen verwendet.

4. Änderung des Grundnachlasses

4.1 Erhöhung des Grundnachlasses

Der bereits vereinbarte Grundnachlass kann für Personen, die in dem Jahr der Änderung das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, jederzeit ohne Gesundheitsprüfung unter Beachtung der Ziffer 3. erhöht werden.

4.2 Verminderung des Grundnachlasses

Eine Verminderung des Grundnachlasses ist vor Wirksamwerden der Beitragsermäßigung möglich.

4.3 Beendigung der SBA/SBAN

Werden die SBA/SBAN aufgehoben und bleibt die Krankheitskostenversicherung weiterhin bestehen, wird die vereinbarte Beitragsermäßigung nach den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen in eine sofortige Beitragsermäßigung in der Krankheitskostenversicherung umgewandelt.

Die SBA/SBAN endet mit der Krankheitskostenversicherung.

5. Monatlicher Mehrbeitrag für die SBA/SBAN

Auf Grund der Vereinbarung der SBA/SBAN wird in der Krankheitskostenversicherung ein Mehrbeitrag erhoben.

Der monatlich zu zahlende Mehrbeitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Als „Alter bei Beginn der Sonderbedingungen“ gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Beginns der SBA/SBAN und dem Geburtsjahr.

6. Beitragsberechnung

Die Berechnung des Mehrbeitrags für die SBA/SBAN erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Bei einer Änderung des Mehrbeitrages, auch durch Änderung des Grundnachlasses, wird das Geschlecht und das bei In Kraft-Treten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Alter bei Beginn der SBA/SBAN dadurch Rechnung getragen, dass die Alterungsrückstellung für die SBA/SBAN gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung des Mehrbeitrags wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch für die Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

7. Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen Verlängerung der Lebenserwartung ändern. Deshalb vergleicht der Versicherer gem. § 8 b MB/KK 2009 zumindest jährlich die für die zukünftige Lebenserwartung erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Aufwendungen für die SBA/SBAN. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, so werden die Mehrbeiträge für die SBA/SBAN vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Teil III Tarif OPTG

Optionsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Optionsversicherung nach Tarif OPTG zum Risikobeitrag

Für die Optionsversicherung nach Tarif OPTG wird der Beitrag nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Bei seiner Berechnung wird das mit dem Älterwerden einer versicherten Person steigende Wagnis nicht berücksichtigt und eine Alterungsrückstellung nicht gebildet. AVB Teil I § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 gilt nicht.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die das Höchst Eintrittsalter von 45 Jahren nicht überschritten haben.

3. Versicherte Option

3.1. Inhalt des Optionsrechtes

Der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif OPTG versicherte Personen nach Maßgabe dieser Bedingungen verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Umstellung des Versicherungsverhältnisses in verkaufsoffene Tarife nach Ziff. 3.2., die der versicherten Person offen stehen, ohne erneute Gesundheitsprüfung und – außer bei der privaten Pflegepflichtversicherung - ohne Wartezeiten annimmt. Bei Abschluss der privaten Pflegepflichtversicherung wird die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

3.2. Umfang der versicherten Option

Das Optionsrecht umfasst eine Umstellung

- in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung,
 - in Tarife mit Leistungen für die Unterbringung im Einbettzimmer (Krankheitskostenzusatzversicherung),
 - in Tarife der Krankentagegeldversicherung
 - für Selbständige ab dem 29. Tag einer Arbeitsunfähigkeit und
 - für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit
- bis zur Höhe des beruflichen Nettoeinkommens, höchstens jedoch bis zur Höhe der jeweils gültigen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der GKV.
- in den Tarif der privaten Pflegepflichtversicherung.

Die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung können nur in Verbindung mit einem Tarif der Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen werden.

4. Ausübung des Optionsrechtes

4.1. Pflichtversicherte Mitglieder und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV

Der Versicherungsnehmer kann die Ausübung des Optionsrechtes für eine versicherte Person innerhalb von drei Monaten gegenüber dem Versicherer schriftlich erklären, nachdem für diese Person die Versicherungspflicht in der GKV endet oder der Anspruch auf Familienversicherung entfällt. Das Versicherungsverhältnis wird zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungsfreiheit oder des Ausscheidens aus der Familienversicherung umgestellt.

4.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

a) Für eine freiwillig in der GKV versicherte Person kann der Versicherungsnehmer das Optionsrecht jeweils zum 01. Januar nach Ablauf des 3. oder des 5. Versicherungsjahres (Umstellungszeitpunkte) ausüben. Die Ausübung dieses Rechtes ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt schriftlich zu erklären.

b) Wird eine freiwillig in der GKV versicherte Person vor Ablauf des 5. Versicherungsjahres wieder krankenversicherungspflichtig oder familienversichert, erfolgt die Ausübung des Optionsrechtes nach Maßgabe von Ziff. 4.1. In diesem Fall endet das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Versicherungszeit spätestens mit Ablauf des 10. Versicherungsjahres (siehe unten Ziff. 5.1. a)).

4.3. Wird das Optionsrecht nicht oder nicht rechtzeitig ausgeübt, entfallen die durch die Optionsversicherung erworbenen Rechte.

4.4. Beitragsberechnung zum Zeitpunkt der Umstellung

Zum Zeitpunkt der Umstellung wird das dann erreichte Alter der versicherten Person bei der Berechnung der Beiträge für die Tarife, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, zugrunde gelegt. Soweit bei Abschluss der Optionsversicherung ein Risikozuschlag für eine oder mehrere vom Optionsrecht nach Ziff. 3.2. umfasste Tarifarten vereinbart wurde, wird dieser ab dem Zeitpunkt der Umstellung in den Tarifen, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, erhoben.

5. Beendigung des Versicherungsverhältnisses

5.1. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person

a) bei pflichtversicherten Mitgliedern und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV zu dem Zeitpunkt, in dem ihre Versicherungspflicht endet oder der Anspruch auf Familienversicherung entfällt, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Versicherungsjahres,

b) bei freiwillig versicherten Mitgliedern in der GKV zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsverhältnisses durch Ausübung des Optionsrechtes oder mit Ablauf des 5. Versicherungsjahres, falls mit Beendigung der freiwilligen Versicherung in der GKV, Ziff. 4.2. b) bleibt unberührt.

5.2. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Ende der Versicherung nach Maßgabe der AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft.

5.3. Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

6. Umstellung bei Ablauf der Höchstversicherungsdauer

6.1. Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person durch Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 10 (siehe oben Ziff. 5.1. a)) bzw. 5 Jahren (siehe oben Ziff. 5.1. b)), kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Umstellung des Versicherungsverhältnisses in verkaufsoffene Tarife der Krankheitskostenzusatzversicherung, die der versicherten Person offen stehen, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten verlangen. Dies gilt nicht für Krankenhaustagegeld- und Pflegetagegeldtarife.

6.2. Der Umstellungsanspruch nach Ziff. 6.1. erstreckt sich auch auf Tarife der Krankentagegeldversicherung mit einem Beginn der Leistungspflicht frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit und einem Höchstsatz von 25 EUR/Tag.

6.3. Die Umstellung des Versicherungsverhältnisses ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer schriftlich zu erklären.

6.4. Zum Zeitpunkt der Umstellung wird das dann erreichte Alter der versicherten Person bei der Berechnung der Beiträge für die Tarife, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, zugrunde gelegt. Soweit bei Abschluss der Optionsversicherung ein Risikozuschlag für eine oder mehrere vom Optionsrecht nach Ziff. 3.2. umfasste Tarifarten vereinbart wurde, wird dieser ab dem Zeitpunkt der Umstellung entsprechend in den Tarifen der Krankheitskostenzusatzversicherung, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, erhoben.

7. Obliegenheiten

7.1. Pflichtversicherte Mitglieder und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung einer versicherten Person innerhalb von drei Monaten schriftlich mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen.

7.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer das Ende der freiwilligen Versicherung in der GKV innerhalb von drei Monaten schriftlich mitzuteilen und auf Verlangen nachzuweisen. Dies gilt auch für den Fall, dass die freiwillige Versicherung nur deshalb endet, weil die versicherte Person wieder krankenversicherungspflichtig oder familienversichert wird.

8. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (siehe AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).

Private Versicherungsmakler
Telefon 33 14793 Gräben
Telef. 0338333-70 929
www.privateversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben

Telef. 033833-70 040
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1-13

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungssfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Personen mit durch Vorerkrankungen erhöhtem Risiko können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

zu § 1 (7) Versicherungsschutz im Ausland

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt außerhalb Europas besteht während der ersten drei Monate auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz im Rahmen des für das europäische Ausland geltenden Umfangs.

§ 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. 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.

zu § 2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

zu § 2 Vertragsänderungen

Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen oder verkürzt sich bei Arbeitnehmern der Entgeltfortzahlungszeitraum, nimmt der Versicherer Anträge auf eine der Erhöhung des Einkommens entsprechende Anpassung des Tagessatzes oder eine Anpassung der Karenzzeit ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Mo-

natsten gestellt werden. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Bei Arbeitsänderungen kann eine vereinbarte Karenzzeit von mehr als sechs Wochen nimmte der Versicherer Anträge auf eine Herabsetzung der Karenzzeit auf bis zu 14 Tage ohne Risikoprüfung an, wenn die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit im bisher ausgeübten Beruf erfolgt und der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit zum nächsten Monats-ersten gestellt wird.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeldes oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 (1) Wartezeiten neben einer bestehender Krankheitskostenvollversicherung

Besteht die Krankentagegeldversicherung neben einer privaten Krankheitskostenvollversicherung oder besteht neben der Krankentagegeldversicherung eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch, entfallen sämtliche Wartezeiten.

zu § 3 (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

zu § 3 (4) Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn die Versicherung mit ärztlicher Untersuchung beantragt wird. In diesem Fall bleibt der Antragsteller vier Wochen – gerechnet ab dem Tag des Eingangs des auf einem vom Versicherer vorgesehenen Formular erstellten Untersuchungsberichts beim Versicherer – an seinen Antrag gebunden.

Die Kosten der Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. Der ärztliche Untersuchungsbericht ist dem Versicherer innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt der Versicherungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

zu § 3 (6) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Bei Vertragsänderungen nach Maßgabe von AVB Teil II zu § 2 (siehe oben) wird auf die Wartezeiten gemäß § 3 (6) verzichtet. Besteht Leistungspflicht im Rahmen des bisherigen Versicherungsschutzes, wird vom Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vertragsänderung an die Mehrleistung auch für einen laufenden Versicherungsfall gezahlt, wenn der Antrag vor Eintritt des Versicherungsfalles beim Versicherer eingegangen ist.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrag zu Grunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Re-

konvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

zu § 4 (2) Höhe des Krankentagegeldes

Zum Nettoeinkommen gehören z.B. auch Beiträge zur Abdeckung von Ausfallzeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Beiträge zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

Mindestkarenzzeit

Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit der gewählten Tarifstufe nicht kürzer sein als die Dauer des Anspruchs auf Fortzahlung des Entgelts im Falle der Arbeitsunfähigkeit.

zu § 4 (3) und (4) Meldepflicht bei zeitlicher Verlängerung des Anspruchs auf Fortzahlung des Arbeitseinkommens (Einkommen aus nicht selbstständiger Arbeit)

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine nicht nur vorübergehende Verlängerung des Zeitraums, für den bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, unverzüglich mitzuteilen. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss oder später vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, ist er berechtigt, unabhängig davon, ob der Versicherungsfall eingetreten ist, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats auf einen Tarif mit entsprechender längerer Karenzzeit umzustellen. Die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit wird bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht berührt.

zu § 4 (7) Kosten der Nachweise

Der Versicherer trägt auch die Kosten der Nachweise, soweit es sich um Anzeigen über Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit handelt.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungs-schutz eingeschlossen sind;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
 - d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
 - e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter, und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis. Diese fristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
 - f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
 - g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.
- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheit oder der Unfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die kein anderweitiger Anspruch auf Einkommensersatzleistungen besteht, das vereinbarte Krankentagegeld, wenn und soweit der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

zu § 5 (1) c) Fortfall der Leistungseinschränkung bei Alkoholgenuß

Der Leistungsausschluss gemäß § 5 (1) c) entfällt.

zu § 5 (1) d) Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft

Für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird im tariflichen Umfang geleistet. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Dies gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige.

zu § 5 (1) g) Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

Ist im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, wird Krankentagegeld gezahlt, wenn der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme zugesagt hat.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (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) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

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

zu § 6 (1) Auszahlung des Krankentagegeldes

Das Krankentagegeld wird nach Vorlage der geforderten Nachweise für zurückliegende Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in der Regel in Zeitabständen von zwei Wochen ausgezahlt.

zu § 6 (4) Inlandskonto

Kosten für die Überweisung werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a oder b.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

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

(5) 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) 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.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Der Versicherer bildet gemäß Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt, und dem Geburtsjahr.

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 2% bei halbjährlicher Zahlung und 4% bei Jahreszahlung ein.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (5) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 EUR. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8a Beitragsberechnung

- Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- 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.

zu § 8a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8b Beitragsanpassung

- Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. 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 ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats nach der Vertragsänderung oder der Richtigung des Versicherungsnehmers folgt.

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe 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. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

- Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- Der Neuausschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit unter Angabe der Diagnose und der voraussichtlichen Dauer anzuzeigen. Fortdauernde

de Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14tägigen Abständen, nachzuweisen.

zu § 9 (2) Nachweise

Dem Versicherer sind auf Verlangen die Nachweise vorzulegen, aus denen sich die Begründung für die Höhe des Krankentagegeldes ergibt. Wird Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Altersrente beantragt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

zu § 9 (3) Frist für die Untersuchung

Die versicherte Person muss die Untersuchung zu dem vom Versicherer vorgegebenen Termin durchführen lassen. Unterlässt sie dies ohne umgehende genügende Begründung, wird bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld erst ab dem Tag gezahlt, an dem die geforderte Untersuchung nachgeholt wurde.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 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 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten 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 auch kündigen.
- Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versicherungspflicht nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung kündigen. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamten-rechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- Erhöht der Versicherer die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.
- 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 zum Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird pro Person und Tarif für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich gekündigt hat. Beträgt die Dauer des ersten Versicherungsjahres weniger als drei Monate, so kann mit Wirkung zum Ende dieses Jahres auch ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

zu § 13 (3) Mutterschutz und Elternzeit

§ 13 (3) findet entsprechende Anwendung auf den Beginn der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für Selbstständige und Freiberufler.

zu § 13 (3) Ruhen der Rechte und Pflichten und Anwartschaftsversicherung

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung)
Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Diese Regelung findet auch Anwendung im Hinblick auf die vorstehende Tarifbedingung (Mutterschutz und Elternzeit). Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden. In unmittelbarem Anschluss an die Ruhezeit ist der Abschluss einer Anwartschaftsversicherung nach Maßgabe der tariflichen und der gesetzlichen Bestimmungen möglich. Bei weiterbestehender Arbeitslosigkeit kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Arbeitslosigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen (zur Anwartschaftsversicherung vgl. auch unten § 15).
Nach Beendigung der Ruhezeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhezeit eingetreten sind, Tagegelder gezahlt, soweit noch tarifliche Ansprüche bestehen.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Die Erklärungsfrist wird auf drei Monate nach Beendigung der Versicherung verlängert.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem die Kündigung wirksam ist, wenn nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

zu § 14 (1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn neben der Krankentagegeldversicherung eine private Krankenversicherung besteht oder eine gesetzliche Krankenversicherung ohne Krankentagegeldanspruch besteht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
 - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

zu § 15 Wechsel der beruflichen Tätigkeit

Beim Wechsel der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person hat der Versicherungsnehmer das Recht, insoweit die Fortsetzung der Versicherung in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

zu § 15 (1) a) und b) Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit bzw. Berufsunfähigkeit

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles berufsunfähig oder arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit. Eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 (1) b) liegt auch dann vor, wenn ein

gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung festgestellt hat.

zu § 15 (1) b) und (2) Anwartschaft

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das Recht, einen gekündigten Vertrag nach Maßgabe von § 15 Abs. 2 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, bleibt unberührt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 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 einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Bestimmung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für die Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragsparteien eine Härte darstellen würde. Die neue Regelung tritt am 1. Januar des Jahres, in dem die neue Regelung wirksam wird, in Kraft. Die Härte darstellt, wenn die neue Regelung die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen nach dem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Anhang

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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 die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) 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.

Auszug aus dem 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 Umfanges 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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

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

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14 93 Graben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

§ 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 nur 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 von 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 Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, 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 der Prämie oder der 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.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif KTN (Krankentagegeldversicherung für Selbstständige und Arbeitnehmer)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind

- in allen Tarifstufen Selbstständige und freiberuflich Tätige, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und aus dieser regelmäßige Einkünfte beziehen,
- in den Tarifstufen KTN 43 bis KTN 365 Arbeitnehmer (Angestellte und Arbeiter), die gegen regelmäßiges Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen.

Nicht versicherungsfähig ist der Verdienstausfall aus nebenberuflichen Tätigkeiten, geringfügigen Tätigkeiten sowie aus Saisonarbeiten und Zeitarbeitsverhältnissen, es sei denn, der Versicherer stimmt einer Versicherungsfähigkeit zu.

Versichertes Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 EUR. Das vereinbarte Krankentagegeld wird für jeden Tag der 100%igen, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 1 (3) MB/KT 2009) gezahlt.

Erweitertes Wechselrecht bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Bei Arbeitnehmern nimmt der Versicherer Anträge auf einen Wechsel in Tarif KTSN (Krankentagegeld für Selbstständige) ohne erneute Risikoprüfung an, wenn die Aufnahme der selbständigen Tätigkeit im bisher ausgeübten Beruf erfolgt und der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der selbständigen Tätigkeit zum nächsten Monatsersten gestellt wird (bei Vertragsänderungen vgl. auch AVB Teil II zu § 2 MB/KT 2009; bei Berufswechsel vgl. AVB Teil II zu § 15 MB/KT 2009).

Teilarbeitsunfähigkeit

Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsgeld, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht längstens für 56 Tage. Bei Arbeitnehmern darf das Übergangsgeld zusammen mit den Entgeltzahlungen des Arbeitgebers das Nettoeinkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigen.

Rehabilitationsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, wenn der Versicherte vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) g) MB/KT 2009).

Schwangerschaft

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) d) MB/KT 2009).

Entbindungspauschale

Der Versicherer zahlt der versicherten Person für jede Entbindung unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen versicherten Krankentagegeldsatzes.

Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt

in Tarifstufe KTN 22	ab dem	22. Tag,
in Tarifstufe KTN 29	ab dem	29. Tag,
in Tarifstufe KTN 43	ab dem	43. Tag,
in Tarifstufe KTN 92	ab dem	92. Tag,
in Tarifstufe KTN 183	ab dem	183. Tag und
in Tarifstufe KTN 365	ab dem	365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

Die Vereinbarung von abweichenden, der individuellen Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers angepassten Karenzzeiten ist möglich. Hierbei wird, ausgehend von den Beiträgen in der Tarifstufe mit der nächst kürzeren Karenzzeit, ein entsprechend höheres Krankentagegeld gezahlt. Die erhöhten Krankentagegelder sind mit den anderen Karenzzeiten in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden im Versicherungsschein ausgewiesen. Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet. Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

Beendigung der Krankentagegeldversicherung

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, bleibt unberührt (vgl. § 15 (1) c) MB/KT 2009).

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein. Bei einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KT 2009).

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, wenn der Versicherte vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) g) MB/KT 2009).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14 793 010/01
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif KTSN (Krankentagegeldversicherung für Selbstständige)

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Selbstständige und freiberuflich Tätige, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben und aus dieser regelmäßige Einkünfte beziehen.

Nicht versicherungsfähig ist der Verdienstausschlag aus nebenberuflichen Tätigkeiten, geringfügigen Tätigkeiten sowie aus Saisontätigkeiten und Zeitarbeitsverhältnissen, es sei denn, der Versicherer stimmt einer Versicherungsfähigkeit zu.

Versichertes Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 EUR. Das vereinbarte Krankentagegeld wird für jeden Tag der 100%igen, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 1 (3) MB/KT 2009) gezahlt.

Teilarbeitsunfähigkeit

Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von mindestens 6 Wochen Dauer eine Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes als Übergangsgeld, wenn nach ärztlichem Befund die teilweise Aufnahme der beruflichen Tätigkeit medizinisch angezeigt ist. Die Leistungspflicht besteht längstens für 56 Tage.

Rehabilitationsmaßnahmen

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, sofern er dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) g) MB/KT 2009).

Schwangerschaft

Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld im tariflichen Umfang auch bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (vgl. AVB Teil II zu § 5 (1) d) MB/KT 2009).

Entbindungspauschale

Der Versicherer zahlt der versicherten Person für jede Entbindung unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen versicherten Krankentagegeldsatzes.

Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet. Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

Bei medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung während einer Arbeitsunfähigkeit wird das vereinbarte Krankentagegeld bereits ab dem 6. Tag des Krankenhausaufenthaltes für die gesamte weitere Dauer der 100%igen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden jeweils als vollstationärer Aufenthaltstag im Krankenhaus gerechnet.

Nicht anrechenbar auf die verkürzte Karenzzeit sind:

- Abwesenheitstage bei vollstationärem Aufenthalt und Tage teilstationärer Behandlung (weniger als 24 Stunden je Tag).
- Aufenthaltstage in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, es sei denn, der Versicherer hat vor der Behandlung die Anrechenbarkeit schriftlich zugesagt. Anrechenbar sind bei einer Tbc-Erkrankung vollstationäre Behandlungen in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

Verschiedene Krankenhausaufenthalte im unmittelbaren Anschluss aneinander wegen desselben Versicherungsfalles werden als ein einheitlicher, nicht unterbrochener Krankenhausaufenthalt gewertet. Zeitlich getrennte Krankenhausaufenthalte, auch wegen desselben Versicherungsfalles, werden nicht zusammengefasst.

Beendigung der Krankentagegeldversicherung

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen, bleibt unberührt (vgl. § 15 (1) c) MB/KT 2009).

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef: 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

zu § 5 (1) c) Leistungspflicht im Ausland

Die Leistungspflicht kann durch besondere Vereinbarung auf das Ausland ausgedehnt werden.

zu § 5 (1) d) Vollstationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt.

zu § 5 (1) f) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Die Pflegegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

(4) 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.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in EUR umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

zu § 6 (2) Nachweise

Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden.

Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erbrachten Nachweise im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Ersatzweise kann auch das für die gesetzliche Pflegeversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der gesetzlichen Pflegeversicherung herangezogen werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

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

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

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

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG 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) 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.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Überschussverordnung (ÜbschV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Diese Mittel werden ausschließlich zu Gunsten der Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch:

1. Beitragsrückerstattung,
 2. Leistungserhöhung,
 3. Beitragssenkung,
 4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
 5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.
- Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beträge und Tarife, die teilnahmeberechtigten Personen und ggf. weitere Einzelheiten legt der Vorstand des Versicherers jeweils mit Zustimmung des Treuhänders fest.

zu § 8 (1) Beitragsrate

a) Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.

b) Für Kinder bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0-20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

zu § 8 (2) Skonto

Der Versicherer räumt bei jährlicher Vorauszahlung einen Beitragsnachlass (Skonto) von 4 %, bei halbjährlicher Vorauszahlung von 2 % ein.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.

b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsverhältnisses zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

zu § 8 (4) Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 3 EUR. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Altersrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Altersrückstellung zu bilden ist.

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

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

zu § 8 a (2) Beitragsberechnung

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vorhundertsatz, 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) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt.

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

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

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

Ergibt die in Teil I Absatz 1 genannte Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit einer Tarifstufe eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich Männer, Frauen, männliche bzw. weibliche Jugendliche und Kinder in Betracht. Abweichende Regelungen werden im Tarif festgelegt. Die Tarifbeschreibung ergibt sich aus dem Tarifteil der AVB (Teil III).

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines schriftlichen Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung auf Grund richterlicher Anordnung sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d].
- (3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche anzuzeigen, ab der die Mitteilung über die Festsetzung der Pflegestufe durch die gesetzliche Pflegeversicherung vorliegt.

§ 10 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 § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.
- (2) Wird die in § 9 Abs. 6 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. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), 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.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten und rechtskräftig festgestellt ist. [Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.]

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) 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 gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

Für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes kann der Versicherungsnehmer für die betreffende versicherte Person eine Anwartschaftsversicherung vereinbaren.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich automatisch um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen. Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 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) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- (4) In der Pflegegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen. Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 17 Gerichtsstand

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

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

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

§ 18 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.

MB/EPV 2009 – Anhang

Auszug aus dem 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 des Monats nach Absatz 3 des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den die Erhebungen bis zum Ablauf der Frist mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherers nicht durchgeführt werden können.

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 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 von 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 diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; die zusammengefassten Verträge sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der 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 infolge dessen 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.

Auszug aus Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 27 Häusliche Krankenpflege

(1) Die Pflege von Menschen, die in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst in einem betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenbehandlung geboten, aber sie durch die häusliche Krankenpflege vermindert oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst in einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Expert Versicherermakler
D Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833370920
www.expertversicherermakler.de
www.privateversicherung.de

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 266 EUR (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 455, 645, 829, 1.078 oder 1.325 EUR (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Teil III Tarif PT Pflegetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) versichert sind.

Versicherungsleistungen

Leistungsumfang

Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 EUR. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	60 %
für Pflegestufe I	30 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder und Jugendliche (Altersgruppe 0-20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif PT₁ Pflagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	60 %
für Pflegestufe I	30 %

des vereinbarten Pflagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 6fachen des vereinbarten Pflagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

2. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 und 2 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfallereignis eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

4. Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 und 2 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PT₁ in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Teil III Tarif PT2 Pflagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pflagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpflagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	60 %
für Pflegestufe I	0 %

des vereinbarten Pflagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen

für Pflegestufe I	30 %
-------------------	------

des vereinbarten Pflagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

2. Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird zusätzlich zum Pflagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 60fachen des vereinbarten Pflagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3. Beitragsbefreiung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit erstmalig und in Folge eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt. Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

4. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach den Ziffern 1 bis 3 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

5. Kein Versicherungsschutz nach Ziffern 1 bis 3 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pflagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pflagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PT2 erstmals beim Versicherer eine Pflagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in Tarif PT1 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pflagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Besonderes Umstellungsrecht

Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung ihres Versicherungsschutzes nach Tarif PT2 in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung, die der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen eingeführt hat, ohne Risikoprüfung bis zur Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes und einer dem bisherigen Versicherungsschutz vergleichbaren Pflegestufe zu verlangen. Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist.

Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

Dynamische Erhöhung des Pflagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pflagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pflagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 12 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Expert Versicherungsmakler

D. Lahn Kietz 33 14793 Gräben

Telef. 0338233 70 929

www.expertversicherungsmakler.de

www.privateversicherung.de

Teil III Tarif PT3 Pfl egetagegeldversicherung

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung) in Deutschland versichert sind.

Versicherungsleistungen

Das Pfl egetagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestpfl egetagegeld beträgt 10 EUR.

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) wird

für Pflegestufe III	100 %
für von der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannte Härtefälle der Pflegestufe III	150 %
für Pflegestufe II	0 %
für Pflegestufe I	0 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

Erweiterte Versicherungsleistungen bei Unfall

1. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls wird ergänzend zu oben genannten Leistungen

für Pflegestufe II	60 %
für Pflegestufe I	30 %

des vereinbarten Pfl egetagegeldes (vgl. § 1 (6) und (7) AVB Teil I) gezahlt.

2. Voraussetzungen für Leistungen in Folge eines nach Vertragsabschluss eintretenden Unfalls

Anspruch auf die Leistungen nach Ziffer 1 besteht, wenn das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist und die Pflegebedürftigkeit innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

3. Kein Versicherungsschutz nach Ziffer 1 besteht bei Pflegebedürftigkeit

- aufgrund Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden;
- aufgrund krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Auszahlung des Pfl egetagegeldes (vgl. § 6 AVB Teil I und II)

Das Pfl egetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe in voller Höhe gezahlt, auch wenn eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Person die Pflege übernimmt.

Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die mit dem Tarif PT3 erstmals beim Versicherer eine Pfl egetagegeldversicherung abgeschlossen wird, die Umstellung der Versicherung in die Tarife PT1 oder PT2 ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen, soweit noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Pflegestufen I, II oder III (vgl. § 1 (2) AVB Teil I) eingetreten ist. Die Option kann während der gesamten Vertragslaufzeit nur einmal ausgeübt werden.

Die Umstellung kann frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, verlangt werden. Sie kann jeweils zum 1. Januar nach Ablauf des 3. oder 5. Versicherungsjahres beantragt werden, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; zusätzlich und letztmalig ist die Umstellung zum 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet, möglich. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung kann frühestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten beantragt werden. Eine rückwirkende Umstellung ist nicht möglich.

Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

Wird gleichzeitig mit der Umstellung ein höheres Pfl egetagegeld beantragt, nimmt der Versicherer für die Mehrleistung eine erneute Risikoprüfung vor.

Dynamische Erhöhung des Pfl egetagegeldes

Der Versicherer bietet ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, mindestens alle 5 Jahre Gelegenheit, das vereinbarte Pfl egetagegeld im Verhältnis zur Entwicklung der allgemeinen Pflegekosten zu erhöhen.

Die Erhöhung kann nur auf einem Formular des Versicherers beantragt werden. Dieses nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Pfl egetagegeld angepasst werden kann, die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt.

Nimmt der Versicherungsnehmer an zwei aufeinander folgenden Erhöhungsangeboten nicht teil, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungsangebote nach dieser Bestimmung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. § 8 (1) AVB Teil II). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. § 8 (1) AVB Teil II).

Expert Versicherungsmakler
D. Lahn-Netz 33 14793 Gräben
Telef. 033833-70 929
www.expertversicherungsmakler.de
www.privateversicherung.de

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKM

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM)

§ 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und 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, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer von zwei Jahren (zur Dauer des 1. Versicherungsjahres siehe unten Abs. 2) abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind in dem Teil vor der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, bleibt der Versicherungsschutz nur bei ungekündigtem Vertragsverhältnis bestehen (vgl. § 3 Abs. 1).

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine schriftliche Nachmeldung bei dem Versicherer eingeht.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(5) Muss der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Ablaufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sind, 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 und Arzneimittel, die im Aufenthaltsland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(5) Der Versicherer erstattet die Kosten für eine medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

- ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulante Operationen, Assistenz und Narkose),
- Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badeszusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

- medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung,
- stationäre Behandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus,
- medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt,
- medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen,
- einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
- Überführungskosten bis 10 000 EUR beim Tod einer versicherten Person an deren letzten Wohnort.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:

- Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
- Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt absehbar war, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
- Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird.
- Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind,
- auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen,
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie,
- Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung,
- Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie,
- Hilfsmittel, mit Ausnahme der in § 5 Absatz 5c) genannten Gehstützen und Liegeschalen,
- Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
- Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet,
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ersetzt die durch diese Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

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

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsur-schriften bzw. -zweitschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Nachweisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.

(4) 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.

(5) Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Versicherungsnehmer oder dem Empfangsberechtigten (vgl. Abs. 4) kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Bei Überweisung in das Ausland werden die Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.

Auszug aus dem 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 Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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

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

§ 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 nur 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 von 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 diese 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, 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 der Prämie oder der 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 infolge dessen 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.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmittteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsreduzierung wirksam werden soll.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.
- (2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum, 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.

§ 215 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.
- (2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozessordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.
- (3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Expert-Versicherungsmakler
 Telefon: 0333 70 929
 www.expertversicherungsmakler.de
 www.privateversicherung.de

www.wuerttembergische.de