



Zahn-Zusatzversicherungen.

Privatpatient beim Zahnarzt. Wir bieten Ihnen maßgeschneiderten Schutz für Ihre Zahngesundheit.



Kunden und Rating-Agenturen empfehlen die Württembergische Krankenversicherung AG.



Initiative für Gesundheit & Pflege.
Jetzt aktiv werden und absichern!

Sehen Sie Ihrem nächsten Besuch beim Zahnarzt entspannt entgegen.

Mit unserem Paket „Privatpatient beim Zahnarzt“ können Sie die Kosten für Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnersatz absichern.

Schöne und gesunde Zähne haben erheblichen Einfluss auf unser Wohlbefinden und tragen viel zu einem attraktiven und gepflegten Äußeren bei. Dank moderner Zahnmedizin können Sie Ihr strahlendes Lächeln ein Leben lang bewahren. Einziges Problem: Hochwertige zahnärztliche Versorgung ist teuer. Die gesetzliche Krankenkasse darf nur einen geringen Anteil der Kosten für Zahnersatz übernehmen. Zahnerhaltende Behandlungen und Zahnprophylaxe können von der Krankenkasse oft überhaupt nicht bezahlt werden. In diesen Fällen bekommen Sie die Rechnung.

Sie legen großen Wert auf gesunde und schöne Zähne? Und wünschen sich auch als gesetzlich Versicherter die bestmögliche Versorgung? Dann ist unser Paket „Privatpatient beim Zahnarzt“ genau das Richtige für Sie.

Diese Paketlösung beinhaltet unsere Produkte „Zahnbehandlung“, „Schöne Zähne“ und „ZahnPlus“. Sie bietet Ihnen umfassenden finanziellen Schutz für zahnerhaltende Maßnahmen und hochwertigen Zahnersatz. Alternativ können Sie sich auch für einzelne Bausteine entscheiden.

„Privatpatient beim Zahnarzt“ (Tarife: ZBU, ZGU30, BZGU20): Umfassender Versicherungsschutz für Ihre Zahngesundheit.

- 100 % der Kosten für Zahnbehandlungen, die die gesetzliche Krankenkasse nicht oder nicht komplett übernimmt¹⁾.
- 100 % für professionelle Zahnreinigung.
- 100 % der Kosten für Zahnprophylaxe (z.B. Fluoridierung und Fissurenversiegelung).
- 100 % der Restkosten für Kunststofffüllungen.
- 50 % der Gesamtkosten für Zahnersatz (zuzüglich Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse).
- Bis zu 200 € jährlich für Akupunktur, Hypnose und Vollnarkose bei Zahnbehandlungen.
- Bis zu 125 € Zuschuss innerhalb von zwei Versicherungsjahren für Brillen und Kontaktlinsen.
- Wer die Leistung für Zahnersatz von 50 % auf 90 % erhöhen möchte, kann mit dem Paket „PrivatPlus“ (ZGU70 + ZBU + BZGU20) seine Zahnvorsorge weiter optimieren.

1) Nur möglich, wenn Ihr Zahnarzt eine Kassenzulassung hat.

Gutfühlkarte.

Für alle, die das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben.

Ihre Leistungen im Überblick (* siehe auch Rückseite):

- 100 % für Zahnbehandlungen, die die gesetzliche Kasse nicht oder nicht komplett übernimmt.
- 100 % für professionelle Zahnreinigung.
- 100 % für Zahnprophylaxe (z.B. Fluoridierung und Fissurenversiegelung).
- 100 % der Restkosten für Kunststofffüllungen.
- 50 % der Gesamtkosten für Zahnersatz (zuzüglich Festzuschuss GKV).
- Bis zu 200 Euro p.a. für Akupunktur, Hypnose und Vollnarkose bei Zahnbehandlungen.

WAW württembergische
Der Fels in der Brandung.



Und so funktioniert es: Mit „Privatpatient beim Zahnarzt“ haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung. Ihr Zahnarzt rechnet mit Ihrer Krankenkasse den Kassenanteil ab. Die Rechnung über die Differenz reichen Sie bei uns ein. Wenn Sie beim Zahnarzt eine vollständige privatärztliche Behandlung wünschen, müssen Sie im Vorfeld bei Ihrer Krankenkasse auf das Kostenerstattungsverfahren umstellen.

Dauerhaft gesunde Zähne.

Unser Baustein „Zahnbehandlung“ hilft Ihnen dabei.

Baustein 1

Die moderne Zahnmedizin bietet eine breite Palette an vorbeugenden Maßnahmen, die Ihnen helfen, Ihre Zahngesundheit zu erhalten. Doch müssen Sie als gesetzlich Versicherter diese Behandlungen häufig komplett selbst bezahlen. Beispielsweise Wurzel- und Parodontosebehandlungen, die von der gesetzlichen Krankenkasse in vielen Fällen nicht übernommen werden können. Hier kommen schnell einige hundert Euro zusammen.

! Mit dem Baustein „Zahnbehandlung“ sorgen Sie optimal für zahnerhaltende Maßnahmen vor.

Gesunde Zähne – ein Leben lang.

Beispiel: Parodontosebehandlung an 28 Zähnen (Taschentiefe immer unter 3,5 mm) inklusive Erstellung Parodontalstatus, Infiltrationsanästhesie, Lappenoperation und Nachbehandlung. Abrechnung Höchstsätze im Rahmen der GOZ¹⁾.

Gesamtkosten:	2.500 €
Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse:	0 €
Ihr Eigenanteil ohne den Baustein „Zahnbehandlung“:	2.500 €
Ihr Eigenanteil mit dem Baustein „Zahnbehandlung“:	0 €

1) Gebührenordnung für Zahnärzte.

Baustein „Zahnbehandlung“ (Tarif ZBU): Die optimale Absicherung für zahnerhaltende Maßnahmen.

- 100 % der Kosten für Zahnbehandlungen (z.B. Wurzel- und Parodontosebehandlungen), die die gesetzliche Krankenkasse nicht oder nicht komplett übernimmt¹⁾.
- 100 % der Kosten für Zahnprophylaxe (z.B. Fluoridierung und Fissurenversiegelung).
- 100 % der Restkosten für Kunststofffüllungen.
- Bis zu 200 Euro jährlich für Akupunktur, Hypnose und Vollnarkose bei Zahnbehandlungen.

1) Nur möglich, wenn Ihr Zahnarzt eine Kassenzulassung hat.



Baustein 1:
„Zahnbehandlung“.
Wir leisten für zahnerhaltende Maßnahmen, vorbeugende Zahnprophylaxe sowie für Akupunktur, Hypnose und Vollnarkose bei Zahnbehandlungen.

Mit uns bleiben Sie auf keiner hohen Rechnung für Zahnersatz sitzen.

Mit dem Baustein „Schöne Zähne“ können Sie Ihren Eigenanteil bei Zahnersatz minimieren.

Baustein 2

Die gesetzliche Krankenkasse darf sich bei Zahnersatz nur mit einem Zuschuss beteiligen. Obwohl es für jede Diagnose mehrere Behandlungs-Alternativen gibt, bleibt die Höhe des Kassen-Zuschusses immer gleich. Wer eine optimale Behandlung sicherstellen möchte, zahlt kräftig drauf. Generell gilt: Je hochwertiger der Zahnersatz, desto teurer wird es für Sie.

Mit „Schöne Zähne“ haben Sie die Sicherheit, dass auch bei hochwertigem Zahnersatz die Kosten nicht aus dem Ruder laufen.

Minimieren Sie den Eigenanteil bei Zahnersatz.

Beispiel: Verblend-Brücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen im Frontalbereich des Oberkiefers. Bonus in der gesetzlichen Krankenkasse über fünf Jahre ist erfüllt.

Gesamtkosten:	3.500 €
Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse:	726,23 €
Eigenanteil <u>ohne</u> Baustein „Schöne Zähne“:	2.773,77 €
Erstattung „Schöne Zähne“ (ZGU70, zusammen mit Leistung aus der GKV max. 80 % der Gesamtkosten):	2.073,77 €
Eigenanteil mit Baustein „Schöne Zähne“:	700 €



Durch „Schöne Zähne“ 2.073,77 Euro gespart.

Mit „Schöne Zähne“ (Tarif ZGU) können Sie uns an der Finanzierung der Zahnersatz-Behandlung beteiligen.

- Wir leisten für Inlays, Kronen, Zahnprothesen und Implantate einschließlich Material- und Laborkosten. Und das bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte.
- Sie entscheiden, ob wir 30 %, 50 % oder sogar 70 % der Gesamtkosten übernehmen sollen.
- Mit den Leistungen der gesetzlichen Kasse sind bis zu 80 % der Gesamtkosten abgesichert.



Baustein 2:

„Schöne Zähne“.

Entscheiden Sie selbst, ob wir 30 %, 50 % oder 70 % der Gesamtkosten für Zahnersatz übernehmen sollen.

Die passende Ergänzung.

Mit den Bausteinen „ZahnPlus“ und „Schöne Zähne“ sind mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse bis zu 100 % der Zahnersatzkosten absicherbar.

Baustein 3

Mit „ZahnPlus“ tun Sie sich etwas Gutes – für ein gepflegtes Äußeres und Ihr freundliches Lächeln. Neben Zahnprophylaxe und Zahnersatz leistet „ZahnPlus“ auch für Sehhilfen.

Mit „ZahnPlus“ und „Schöne Zähne“ sind mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse bis zu 100 % der Zahnersatzkosten absicherbar. ZahnPlus ist der günstige Einstieg in die Zahnvorsorge.

! „ZahnPlus“ – ohne Gesundheitsprüfung und für jedes Alter gleich preiswert!

Mit „ZahnPlus“ und „Schöne Zähne“ sind Sie für Zahnersatz-Maßnahmen optimal gerüstet.

Beispiel: Verblend-Brücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen im Frontalbereich des Oberkiefers. Bonus in der gesetzlichen Krankenkasse über fünf Jahre ist erfüllt.

Gesamtkosten	3.500 €
Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse:	726,23 €
Eigenanteil <u>ohne</u> Baustein „Schöne Zähne“:	2773,77 €
Erstattung „Schöne Zähne“ (ZGU70, zusammen mit Leistung aus der GKV max. 80 % der Gesamtkosten):	2.073,77 €
Erstattung „ZahnPlus“:	700 €
Ihr Eigenanteil mit den Bausteinen „Schöne Zähne“ und „ZahnPlus“:	0 €

Einfach gut aussehen – mit „ZahnPlus“ (Tarif BZGU20).

- 100 % (jährlich bis zu 80 Euro) für professionelle Zahnreinigung, Fluoridierungsmaßnahmen und Fissurenversiegelung.
- 20 % der Kosten für Zahnersatz, mit den Leistungen der gesetzlichen Kasse und „Schöne Zähne“ können bis zu 100 % der Gesamtkosten abgesichert werden.
- Bis zu 125 Euro alle zwei Jahre für Sehhilfen.



Baustein 3: „ZahnPlus“.
Neben 20 % für Zahnersatz leistet „ZahnPlus“ auch für Zahnprophylaxe und Sehhilfen.

Fühlen Sie sich wie ein „Privatpatient beim Zahnarzt“.

Mit den Zahn-Zusatzversicherungen der Württembergischen.

Alter	Monatsbeitrag Paket „Privatpatient beim Zahnarzt“	Monatsbeitrag Paket „Privat-Plus“	Monatsbeitrag Baustein 2: „Schöne Zähne“			Alter	Monatsbeitrag Paket „Privatpatient beim Zahnarzt“	Monatsbeitrag Paket „Privat-Plus“	Monatsbeitrag Baustein 2: „Schöne Zähne“		
	ZGU30 + ZBU + BZGU20	ZGU70 + ZBU + BZGU20	ZGU70	ZGU50	ZGU30		ZGU30 + ZBU + BZGU20	ZGU70 + ZBU + BZGU20	ZGU70	ZGU50	ZGU30
0	29,62 €	35,25 €	8,46 €	5,45 €	2,83 €	33	34,80 €	50,79 €	24,00 €	15,47 €	8,01 €
1	29,69 €	35,49 €	8,70 €	5,61 €	2,90 €	34	34,93 €	51,19 €	24,40 €	15,73 €	8,14 €
2	29,78 €	35,74 €	8,95 €	5,77 €	2,99 €	35	35,06 €	51,57 €	24,78 €	15,97 €	8,27 €
3	29,87 €	36,01 €	9,22 €	5,94 €	3,08 €	36	35,18 €	51,93 €	25,14 €	16,20 €	8,39 €
4	29,96 €	36,30 €	9,51 €	6,13 €	3,17 €	37	35,29 €	52,27 €	25,48 €	16,42 €	8,50 €
5	30,06 €	36,60 €	9,81 €	6,32 €	3,27 €	38	35,40 €	52,59 €	25,80 €	16,63 €	8,61 €
6	30,17 €	36,93 €	10,14 €	6,54 €	3,38 €	39	35,50 €	52,89 €	26,10 €	16,82 €	8,71 €
7	30,29 €	37,28 €	10,49 €	6,76 €	3,50 €	40	35,60 €	53,19 €	26,40 €	17,00 €	8,81 €
8	30,42 €	37,66 €	10,87 €	7,01 €	3,63 €	41	35,69 €	53,47 €	26,68 €	17,19 €	8,90 €
9	30,56 €	38,07 €	11,28 €	7,28 €	3,77 €	42	35,78 €	53,75 €	26,96 €	17,36 €	8,99 €
10	30,70 €	38,51 €	11,72 €	7,55 €	3,91 €	43	35,87 €	54,02 €	27,23 €	17,53 €	9,08 €
11	30,85 €	38,96 €	12,17 €	7,85 €	4,06 €	44	35,96 €	54,28 €	27,49 €	17,70 €	9,17 €
12	31,02 €	39,46 €	12,67 €	8,17 €	4,23 €	45	36,04 €	54,53 €	27,74 €	17,86 €	9,25 €
13	31,20 €	39,99 €	13,20 €	8,51 €	4,41 €	46	36,12 €	54,77 €	27,98 €	18,01 €	9,33 €
14	31,38 €	40,55 €	13,76 €	8,88 €	4,59 €	47	36,20 €	55,01 €	28,22 €	18,16 €	9,41 €
15	31,57 €	41,11 €	14,32 €	9,23 €	4,78 €	48	36,27 €	55,24 €	28,45 €	18,30 €	9,48 €
16	31,75 €	41,66 €	14,87 €	9,59 €	4,96 €	49	36,35 €	55,46 €	28,67 €	18,44 €	9,56 €
17	31,94 €	42,20 €	15,41 €	9,94 €	5,15 €	50	36,42 €	55,68 €	28,89 €	18,58 €	9,63 €
18	32,12 €	42,76 €	15,97 €	10,30 €	5,33 €	51	36,49 €	55,90 €	29,11 €	18,72 €	9,70 €
19	32,30 €	43,30 €	16,51 €	10,65 €	5,51 €	52	36,56 €	56,12 €	29,33 €	18,85 €	9,77 €
20	32,49 €	43,85 €	17,06 €	11,01 €	5,70 €	53	36,63 €	56,33 €	29,54 €	18,98 €	9,84 €
21	32,67 €	44,42 €	17,63 €	11,37 €	5,88 €	54	36,70 €	56,54 €	29,75 €	19,11 €	9,91 €
22	32,87 €	45,00 €	18,21 €	11,75 €	6,08 €	55	36,77 €	56,74 €	29,95 €	19,24 €	9,98 €
23	33,07 €	45,60 €	18,81 €	12,13 €	6,28 €	56	36,83 €	56,95 €	30,16 €	19,36 €	10,04 €
24	33,27 €	46,21 €	19,42 €	12,52 €	6,48 €	57	36,90 €	57,15 €	30,36 €	19,48 €	10,11 €
25	33,47 €	46,80 €	20,01 €	12,91 €	6,68 €	58	36,96 €	57,35 €	30,56 €	19,60 €	10,17 €
26	33,66 €	47,38 €	20,59 €	13,28 €	6,87 €	59	37,02 €	57,54 €	30,75 €	19,71 €	10,23 €
27	33,85 €	47,93 €	21,14 €	13,63 €	7,06 €	60	37,08 €	57,71 €	30,92 €	19,81 €	10,29 €
28	34,02 €	48,46 €	21,67 €	13,98 €	7,23 €	61	37,12 €	57,85 €	31,06 €	19,88 €	10,33 €
29	34,19 €	48,97 €	22,18 €	14,30 €	7,40 €	62	37,16 €	57,96 €	31,17 €	19,93 €	10,37 €
30	34,35 €	49,46 €	22,67 €	14,61 €	7,56 €	63	37,18 €	58,03 €	31,24 €	19,93 €	10,39 €
31	34,51 €	49,92 €	23,13 €	14,91 €	7,72 €	64	37,19 €	58,06 €	31,27 €	19,94 €	10,40 €
32	34,66 €	50,37 €	23,58 €	15,20 €	7,87 €	65	37,20 €	58,09 €	31,30 €	19,94 €	10,41 €

Weitere Tarifbeiträge finden Sie im Tarifbuch oder im Angebotsprogramm.

Monatsbeitrag für Baustein 1: „Zahnbehandlung“	
Tarif ZBU	14,72 €

Monatsbeitrag für Baustein 3: „ZahnPlus“	
Tarif BZGU20	12,07 €

Stand: 01.01.2015

Zahnstaffel (gilt nur für Tarif ZGU30/50/70 und BZGU20):

Die Leistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Gesamtkosten, maximal:

aus 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (18 bzw. 24 Monate bei Zahnstaffelverlängerung auf 72 bzw. 96 Monate)

aus 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (36 bzw. 48 Monate bei Zahnstaffelverlängerung auf 72 bzw. 96 Monate)

aus 3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (54 bzw. 72 Monate bei Zahnstaffelverlängerung auf 72 bzw. 96 Monate)

aus 4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (72 bzw. 96 Monate bei Zahnstaffelverlängerung auf 72 bzw. 96 Monate)

Danach unbegrenzt. Diese Beschränkungen gelten nicht, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnstaffelverlängerung (gilt nur für Tarif ZGU30/50/70):

Anzahl fehlende und sanierungsbedürftige Zähne und jeder durch herausnehmbaren Zahnersatz versorgte Zahn	Anzahl Kronen, Brückenglieder, Stiftzähne, Implantate																					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0										72	72	72	72	72	72	72	72	96	96	96	96	96
1	Kann ohne Erschwernis versichert werden									72	72	72	72	72	72	96	96	96	96	96	96	96
2										72	72	72	72	72	96	96	96	96	96	96	96	96
3	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
4	72	72	72	72	72	72	72	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
5	72	72	72	72	72	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96							
6	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96										
7	96	96	96	96	96	96	96	96	96			Kann nicht versichert werden										
8	96	96	96	96	96	96	96															
9																						
10																						

72 = Zahnstaffelverlängerung auf 72 Monate

96 = Zahnstaffelverlängerung auf 96 Monate

Wird die Frage nach zahnärztlichen Untersuchungen oder Behandlungen in den letzten 5 Jahren verneint, wird eine Zahnstaffelverlängerung auf 96 Monate notwendig.

Zahn-Zusatzversicherungen.

Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages
und weitere Informationen.



Württembergische
Krankenversicherung AG,
70163 Stuttgart.

Stand: Januar 2015

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.....	3
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	4
Merkblatt zur Datenverarbeitung	5
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	7
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/S) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung	14
„Schöne Zähne“ Tarif ZGU – Zahnersatz-Zusatztarif für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif	18
ZahnPlus Tarif BZGU20 – Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif.....	18
„Zahnbehandlung“ Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung	19
Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung	19
Besondere Vereinbarung für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung.....	20
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung.....	20

Verbraucherinformationen auf einen Blick (Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (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: Norbert Heinen, Dr. Gerd Sautter

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, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 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 gefahrerheblichen 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. Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung ist in der Regel eine Gebühr von 7,00 Euro 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 Erschwernisangeboten 6 Wochen ab Angebotsdatum gebunden.

13. Widerrufsrecht

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

Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,
E-Mail Adresse: kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung.

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. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht beidseitig gemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen, das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung und die Arztschaftsversicherung in der Krankenversicherung 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. 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, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: <http://www.bafin.de>, wenden.

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10a Absatz 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 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.

Merkblatt zur Datenverarbeitung: Gültig ab 23. November 2013

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 erlauben oder wenn Sie als Betroffener eingewilligt haben. Nach dem BDSG ist das Erheben, Speichern, Verändern oder Übermitteln personenbezogener Daten oder ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke zulässig, wenn es für die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses mit dem Betroffenen erforderlich ist 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 z. B. 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

Kfz-, Allgemeine Haftpflicht-, Lebens-, Rechtsschutz-, Sach-, Transport- und Unfallversicherer

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen.

Lebensversicherungsverträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Gemeldet werden können außerdem das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet.

Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z.B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen.

Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Im Schaden- und Leistungsfall können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesen Fällen kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall bzw. -antrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder – soweit zulässig – auf gesetzlicher Grundlage.

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter: www.informa-irfp.de

Krankenversicherer

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 Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu besteht beim PKV-Verband ein zentrales Hinweissystem. Die Aufnahme in dieses Hinweissystem und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel: 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, Daten zu Ihrer Bankverbindung, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt.

Dabei sind die so genannten Kundenstammdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Bankverbindungen, 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,
W&W Europe Life Limited,
W&W Produktion GmbH,
WIT Services s.r.o.

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.

Unser wesentlicher Kooperationspartner ist derzeit:
Landesbank Baden-Württemberg

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.

Datenschutzrechtlicher Hinweis: Ihr Versicherer verarbeitet und nutzt die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten auch für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung. Sie können jederzeit dieser Verarbeitung und Nutzung widersprechen.

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

- 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,
- 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 (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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. 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. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

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 als auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation.

Die näheren Bestimmungen regeln die Tarifbedingungen.

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

- bei Unfällen;
- 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 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 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

ten Behandelnden 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.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

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 Aufenthaltsweg 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 für die ersten drei Entziehungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen – mit Ausnahme der Nikotinsucht – in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, für die kein anderweitiger Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, wenn und soweit der Versicherer dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Von anderen Kostenträgern vollständig übernommene Entziehungsmaßnahmen werden angerechnet. 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.

Die näheren Bestimmungen zu den Entziehungsmaßnahmen regeln die Tarifbedingungen.

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 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.

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.

§ 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 nachzahlen bzw. zurückzahlen.

(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 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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(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. Beitragsenkung,
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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 Euro. 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 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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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.

(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 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 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 Beitragsbegrenzung

gen im Basistarif 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 Erwachsene, Jugendliche, 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 Ersatzkrankhaustagegeld

Im Rahmen einer Beitragsanpassung können auch die im Tarif vorgesehenen Ersatzkrankhaustagegelder 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 Krankenhaustagegeldversicherung 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 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) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung 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 Versicherungspflichtige 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittelteilung 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(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 kündigten 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 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 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 substituierten 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 Versicherungs-

bedingungen 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.

§ 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 (LPaTG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

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 Auskunft- 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 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 5000 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter 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 privaten 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 Fünften 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 Euro 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 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 12h Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht

aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 257 SGB V Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

(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 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 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,

- 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,
...

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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 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;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz (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.

Sie entfallen

- bei Unfällen

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartner-schaftsgesetz (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;

(4) 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 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.

(5) 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 Absatz 2 genannten Behandelnden 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 Absatz 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.

(8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 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 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;
 - 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 Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - g) 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 nachzahlen bzw. zurückzahlen.

- (2) Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem Geschlecht und der Beitragsgruppe des erreichten Alters; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. 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 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. 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 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

- (8) 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, dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

- (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 Erwachsene, Jugendliche, 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 Absatz 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 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

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

(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 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten 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.

(7) Ruhen der Rechte und Pflichten

(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 besteht.

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhen vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Absatz 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhen gilt unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs für einen Zeitraum von sechs Monaten und beginnt ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.

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.

§ 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 Absatz 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 (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Absatz 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 Auskunft- oder Aufklärungsobligiegenheit 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 Euro 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 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 dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

Teil III Tarif ZGU 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 ZGU30 30 %,
Tarifstufe ZGU50 50 %,
Tarifstufe ZGU70 70 %,

zusammen mit den Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines anderen privaten Krankenversicherers jedoch höchstens 80 % der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen.

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.

Schädigungen der Zähne (z.B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mindestens 1 500 Euro 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 BZGU20 Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif

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

1. Versicherungsfähigkeit

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

2. Versicherungsleistungen

2.1. Aufwendungen für Zahnersatz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung im Rahmen der Höchstsätze 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.

Schädigungen der Zähne (z.B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Bei Maßnahmen mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von mehr als 1.500 Euro 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.

2.2. 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.

2.3. 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 Haftschaln.

3. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

4. Beiträge

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

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag einheitlich für die Altersgruppe 0 – 100 Jahre berechnet.

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

Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung

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

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Höhe der Leistungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für Zahnbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Der Erstattungsbetrag ist zusammen mit den Leistungen der GKV sowie mit Leistungen aus anderen Versicherungstarifen auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V* sind nicht erstattungsfähig.

2.2 Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Schienen- und Aufbissbehelfe, soweit sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung entstanden sind (vgl. Ziff. 2.4).

2.3 Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose

Aufwendungen für Akupunktur oder Hypnose zur Schmerzbehandlung sowie Aufwendungen für die Durchführung einer Vollnarkose werden vom Versicherer mit bis zu **200 EUR** je Versicherungsjahr bezuschusst, sofern sie im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung nach Ziff. 2.2 entstanden sind.

2.4 Nicht versicherte Aufwendungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für

- stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- Behandlungen und vorbereitende Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Behandlungen durchgeführt werden,
- Inlays, Teilkronen oder Veneers,
- Amalgamsanierungen,
- kosmetische Maßnahmen wie z.B. Bleaching,
- gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- Computertomographien (CT) sowie
- Behandlungen, die in der GOZ oder der GOÄ nicht beschrieben sind (analoge Berechnung).

3. Einreichen von Kostenbelegen

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt sein. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV, ist dies auf dem Kostenbeleg zu bestätigen.

4. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes ZBU haben, passt der Versicherer die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen an.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen an die Preisentwicklung anzupassen.

5. Beiträge

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

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag einheitlich für die Altersgruppe 0-100 Jahre berechnet.

* SGB V § 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 Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung

gültig in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009), für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009), für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009) und den jeweiligen Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S) sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VS, Tarif VSF und Tarif VSU (Vorsorgetarife) der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Voraussetzungen für das Ruhen

Für Tarife, denen die MB/KK 2009, die MB/KT 2009 oder die MB/EPV 2009 zugrunde liegen, gelten die in Teil I Musterbedingungen und Teil II Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für Tarife, denen die AVB/S zugrunde liegen, gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

Für die Tarife VS, VSF und VSU (Vorsorgetarif) gelten die in den Tarifbedingungen genannten Voraussetzungen für das Ruhen.

2. Beginn der Ruhenszeit

Die Ruhenszeit beginnt mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

3. Ende der Ruhenszeit

- a) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,
 - bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung oder vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- b) in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009) genannten Fällen
 - mit dem Wegfall des Grundes für das Ruhen des Versicherungsverhältnisses,

- bei Arbeitslosigkeit, vorübergehender Krankenversicherungspflicht, vorübergehender Familienversicherung, vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge infolge Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes oder in der Zeit der gesetzlichen Mutterschutzfrist bzw. der Elternzeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aufgrund Ableistung des vorübergehenden Zivildienstes oder des vorübergehenden Grundwehrdienstes spätestens mit der vereinbarten Dauer.
- c) Die Ruhenszeit endet in den nach den AVB Teil II zu § 13 (3) Ruhevversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009), nach den AVB/S § in 13 Abs. 7 sowie nach den AVB für die Tarife VS, VSF und VSU in § 14 Abs. 7 genannten Fällen
 - mit der Beendigung der Arbeitslosigkeit,
 - bei bestehender Arbeitslosigkeit spätestens jedoch nach 6 Monaten,
 - bei Ruhen wegen Eintritt des Zahlungsverzugs nach § 38 VVG unabhängig vom weiteren Bestehen des Zahlungsverzugs nach 6 Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt der rückständigen Beiträge.
 - d) Der Wegfall des Grundes für das Ruhen nach a) bis c) ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

4. Änderung der AVB während der Ruhenszeit

In der Ruhenszeit gelten die AVB mit folgenden Änderungen fort:

- a) Während der Ruhenszeit bestehen keine Beitragsforderungen.
- b) Während der Ruhenszeit entstehen keine Leistungsansprüche.
- c) Der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nach AVB Teil II zu § 8 Ziffer 1. MB/KK 2009 entfällt für diejenigen Kalenderjahre, in denen eine Ruhenszeit besteht.
- d) Der Lauf der Fristen und Wartezeiten der AVB wird nicht unterbrochen.

5. Wiederinkrafttreten des früheren Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder voll in Kraft. Im Übrigen gilt:

- a) Die während der Ruhenszeit aufgetretenen Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Ruhenszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.
- b) Für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Wiederinkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fällt.
- c) Erhöht sich die monatliche Beitragsrate gegenüber derjenigen vor Beginn der Ruhenszeit oder besteht beim Ende der Ruhenszeit weiterhin einer der unter 1. genannten Gründe, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Beendigung der Ruhenszeit die wieder in Kraft tretende Versicherung zu diesem Zeitpunkt kündigen.

Besondere Vereinbarung für das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung

gültig nur in Verbindung mit den Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Verlängerung der Ruhenszeit

Die nach Maßgabe der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung vereinbarte Ruhenszeit kann nach deren Ablauf einmalig um bis zu 12 Monate verlängert werden.

2. Beitrag zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens des früheren Versicherungsschutzes

Nach Ablauf der vereinbarten Verlängerungszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Ergänzend zu Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung gilt:

Der zum Zeitpunkt des Wiederinkrafttretens an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung erworbener Anrechnungsbeträge. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden entsprechend angepasst. Ursprünglich vereinbarte Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen.

Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009), (MB/KT 2009) sowie (MB/EPV 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

1. Allgemeine Bestimmungen

- 1.1 Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifs in der jeweils gültigen Fassung, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
- 1.2 Eine Anwartschaftsversicherung kann auf Antrag des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- 1.3 Die Anwartschaftsversicherung ist vereinbart, wenn der Versicherer schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat.
- 1.4 Während der Zeit der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.
- 1.5 Die Anwartschaftszeit wird auf die Wartezeiten und die Fristen der tariflichen Leistungsbegrenzung angerechnet.
- 1.6 Für Versicherungsjahre, in denen auch nur teilweise eine Anwartschaftsversicherung bestand, können keine Ansprüche auf Beitragsrückerstattung erworben werden.

2. Gegenstand der Anwartschaftsversicherung

- 2.1 Mit Beendigung der Anwartschaftszeit tritt der Versicherungsschutz der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife in Kraft. Hierbei sichert sich der Versicherungsnehmer die bisher erworbenen Rechte, insbesondere hinsichtlich der Beitragseinstufung bzw. einer Änderung des Gesundheitszustandes.
- 2.2 Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird für den Teil geleistet, der in die Zeit nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

3. Voraussetzungen

- 3.1 Die Anwartschaftsversicherung in der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - b) eines Anspruchs auf Familienversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
 - c) eines Anspruchs auf Heilfürsorge,
 - d) eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes in einem Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum; bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG) jedoch nur dann, wenn für diese Zeit auch der Wohnsitz im Inland aufgegeben wird,
 - e) einer Arbeitslosigkeit.
- 3.2 In der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (§ 1 Abs. 5 MB/KK 2009) kann die Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.
- 3.3 In der Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer
 - a) einer Berufsunfähigkeit,
 - b) der gesetzlichen Mutterschutzfrist und der Elternzeit,
 - c) einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit im Rahmen der Pflegepflichtversicherung.
- 3.4 In der ergänzenden Pflegekrankenversicherung kann eine Anwartschaftsversicherung vereinbart werden für die Dauer eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.
- 3.5 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.

4. Tarifänderungen

Tarifänderungen oder Beitragsanpassungen der als Anwartschaftsversicherung geführten Tarife sind auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

5. Beginn der Anwartschaftsversicherung

Die Anwartschaftsversicherung kann jederzeit beantragt werden. Sie beginnt mit Eintritt der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen (Ziffern 3.1 bis 3.4), im Falle von Ziffer 3.5 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung.

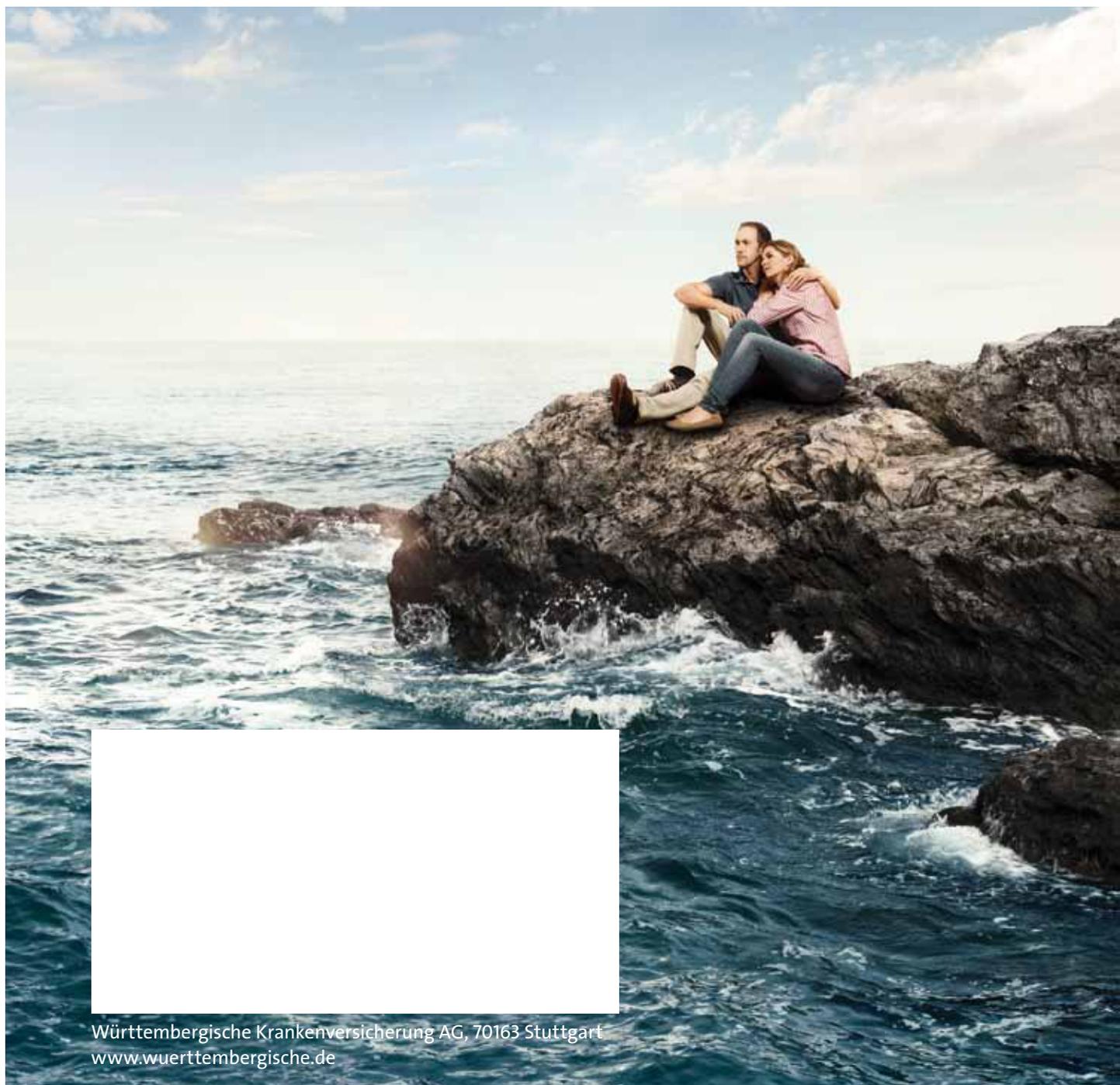
6. Ende der Anwartschaftsversicherung

- 6.1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit dem Fortfall der Voraussetzungen, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf des vereinbarten Zeitraumes. Anschließend tritt die Versicherung unmittelbar in Kraft.
- 6.2 Besteht bei einer Anwartschaftsversicherung nach den Ziffern 3.1 bis 3.4 keine zeitliche Befristung, ist der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall dieser Voraussetzungen anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. In diesem Fall tritt der Versicherungsschutz zu dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Voraussetzungen weggefallen sind.
- 6.3 Wird diese Frist versäumt, kann der Versicherer das Inkrafttreten des Versicherungsschutzes von erneuter Risikoprüfung und Wartezeiten abhängig machen.
- 6.4 Wurde ein gekündigter Vertrag nach Ziffer 3.5 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt, tritt die Versicherung zum nächsten Monatsersten nach Zugang des Umstellungsantrages in Kraft.
- 6.5 Der Beitrag nach Inkrafttreten des Versicherungsschutzes wird unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters sowie zwischenzeitlicher Beitragsänderungen ermittelt. Es ist der Beitrag zu entrichten, der für den Versicherungsschutz ohne die vereinbarte Anwartschaft zum Zeitpunkt des Inkrafttretens zu zahlen wäre, zuzüglich evtl. Zuschläge.
- 6.6 Endet die Anwartschaftsversicherung, ohne dass vom Inkrafttreten des Versicherungsschutzes Gebrauch gemacht wird, erlöschen alle erworbenen Rechte.

7. Beiträge

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ergibt sich aus dem Anwartschaftsprozentsatz des jeweiligen Tarifs und dem Beitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung gezahlt werden müsste; hierbei werden ggf. bestehende Zuschläge nicht berücksichtigt.

Beruhigend, jemanden zu haben, auf den man sich felsenfest verlassen kann.



Württembergische Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart
www.wuerttembergische.de



württembergische

Der Fels in der Brandung.