



Stand: Februar 2018

Krankenzusatzversicherung. Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages und weitere Informationen.



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

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	4
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	5
Merkblatt zur Datenverarbeitung	6
Datenschutzhinweise	7
Krankheitskostenteilversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung	9
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/S)	15
Tarif ZahnKompakt (ZE50) Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge	19
Tarif ZahnKomfort (ZE70) Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge	22
Tarif ZahnPremium (ZE90) Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge	25
Tarif Zahnbehandlung Plus (ZBE) Ergänzende Zahnbehandlungsversicherung für die Tarife ZahnKompakt (ZE50), ZahnKomfort (ZE70), ZahnPremium (ZE90)	28
Tarif ZBU Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung	29
Tarif ZGU Zahnersatz-Zusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif	29
Tarif Zahn & Brille (BZGU20) Krankheitskostenzusatzversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif	30
Teil III Tarif SZ Stationäre Zusatzversicherung	31
Teil III Tarif SZR Stationäre Zusatzversicherung	32
Teil III Tarif SZE Stationäre Zusatzversicherung (Unterbringung im Einbettzimmer)	33
Tarif SGKU Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche	34
Tarif KHTU Krankenhaustagegeldtarif	35
Tarif EGU Ergänzungsversicherung – Grunddeckung	35
Tarif EGNU Ergänzungsversicherung – Normaldeckung	36
Tarif NH Zusatzversicherung für Naturheilverfahren für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif	37
Tarif VSU Vorsorgetarif/Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VSU	38
Tarif ASU Ambulanter Schutz	42
Tarif AGU Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Grundschatz	43
Tarif AKU Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Komfortschutz	45
Besondere Vereinbarung zu Teil III Tarif AKU	46
Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife AGU und AKU für Heilmittel	47
Tarif SBVU/SBZU Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBVU/SBZU)	50
Optionsversicherung	
Tarif OPTU Optionsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung	51
Krankentagegeldversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung	52
Tarif KTU Krankentagegeldtarif	57
Tarif KTSU Krankentagegeldtarif für Selbstständige	58
Private Pflegezusatzversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung für Tarife PTPU und PTKU	59
Tarif PTPU Pflegegetagegeldtarif PremiumPlus	66
Tarif PTKU Pflegegetagegeldtarif Komfort	67
Besondere Bedingungen für das Ruhen der Krankenversicherung	68
Besondere Vereinbarung für das Erweiterte Ruhen der Krankenversicherung	68
Besondere Bedingungen für die Große Anwartschaftsversicherung	69
Auslandsreisekrankenversicherung	
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RK für Einzelpersonen mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	70
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKM für Einzelpersonen mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	74
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKFM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung	
Tarif RKFM für Familien mit monatlicher Beitragszahlung (nur in Verbindung mit einer Krankheitskosten- oder Tagegeldversicherung)	77

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. Sofern Sie sich auf Auslandsreisen befinden und eine Auslandsreisekrankenversicherung und/oder eine Krankheitskostenvollversicherung versichert haben, steht Ihnen an 365 Tagen im Jahr und rund um die Uhr ein Notruf-Service unter der kostenfreien Rufnummer 00 800 81 82 6000 zur Verfügung. Falls der von Ihnen gewählte Anbieter oder Netzkartenvertrag keine Verbindung zu kostenfreien 00 800-Nummern zulässt, wählen Sie bitte die Nummer +49 711 662 72333. Hierfür fallen bei Anruf aus dem deutschen Fest- und Mobilfunknetz die ortsüblichen Kosten an. Bei Anrufen aus dem Ausland können die Kosten sowohl aus dem ausländischen Festnetz als auch aus dem ausländischen Mobilfunknetz höher sein.

Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontodeckung ist in der Regel eine Gebühr 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 Erschwerungsangeboten 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 Abs. 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@wuerstembergische.de,

Internetadresse: <http://www.wuerstembergische.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 zurückzuhaltender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 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 Pflegetagegeldversicherungen beträgt die Versicherungsdauer im allgemeinen zwei Versicherungsjahre, bei der Krankentagegeldversicherung ein Versicherungsjahr. Die Verträge verlängern sich stillschweigend um je ein weiteres Versicherungsjahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß drei Monate vor Ablauf gekündigt werden. Für das Ruhen und das erweiterte Ruhen der Krankenversicherung, die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung, die kleine und große Anwartschaft in der privaten Pflegepflichtversicherung, die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung mit Jahresbeitrag, die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung, Ausbildungstarife, die stationäre Zusatzversicherung auf Risikobasis, die Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche auf Risikobasis sowie für Optionstarife und die Kostenerstattungstarife auf Risikobasis gelten besondere Laufzeiten.

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

Ihre und unsere Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung, insbesondere die vertraglichen Kündigungsregelungen, sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie den Tarifbestimmungen geregelt. Das Versicherungsverhältnis kann durch Sie zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis

hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmittelung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. 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

Wir haben uns verpflichtet, zur außergerichtlichen Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler an dem Streitbeilegungsverfahren vor der, vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. eingerichteten, Stelle „Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung“, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, teilzunehmen.

Sie haben die Möglichkeit, dieses kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch zu nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. So erreichen Sie den Ombudsmann:

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 21, 10052 Berlin. Telefon: 0800 2 55 04 44; Telefax: 030 20 45 89 31. Weitere Informationen finden Sie unter: <http://www.pkv-ombudsmann.de>.

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

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

1 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.

2 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 Vertrags-

abschluss 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 Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahrs 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 Versichertengruppenkollektiv. 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 1. Januar 2016

Hinweis

Nachstehend erhalten Sie wichtige Informationen zum Umgang mit Ihren Daten.

Datenschutzkodex – Code of Conduct

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten regelt das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Um den Schutz Ihrer Daten weiter zu verbessern, hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) gemeinsam mit Daten- und Verbraucherschützern Verhaltensregeln für die Datenverarbeitung in der Versicherungsbranche, den Datenschutzkodex „Code of Conduct“ (CoC), entwickelt. Diese Verhaltensregeln konkretisieren und erweitern die gesetzlichen Vorgaben zur Förderung des Datenschutzes. Sie wurden vom Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit genehmigt. Wir haben uns zum 01.01.2014 freiwillig verpflichtet, die Regeln des CoC zum verbesserten Datenschutz einzuhalten.

Wir möchten Ihnen mit diesem Merkblatt wesentliche Aspekte des CoC vorstellen. Den vollständigen Text des CoC finden Sie hier:
www.wuerttembergische.de/datenschutz

Zweckgebundenheit der Datenverarbeitung

Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten (im Folgenden „Datenverarbeitung“) erfolgt grundsätzlich zweckgebunden an die Erfordernisse des Versicherungsgeschäfts: Zur Beratung, Antragsbearbeitung, Vertragsdurchführung und zur Bearbeitung von Leistungsfällen. Die Datenverarbeitung erfolgt auch zur Missbrauchsbeämpfung im Interesse der Versichertengemeinschaft und zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Letztere erfordern auch die Datenverarbeitung über das Ende des Vertragsverhältnisses hinaus, z. B. aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten. Die Datenverarbeitung erfolgt nur dann zu Zwecken der Werbung, wenn Sie hierzu eingewilligt haben. Diese Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Auch der Verwendung Ihrer Daten zur Markt- und Meinungsforschung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Verantwortliche Stelle im Sinne des BDSG ist der im Versicherungsschein genannte Versicherer.

Besonders schützenswerte Daten

Für besonders schützenswerte Daten erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

Datenqualität und Datensicherheit

Durch organisatorische und technische Maßnahmen sichern wir eine hohe Datenqualität. Unser Verfahrensverzeichnis und eine Übersicht der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinschaftlichen Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie unter www.wuerttembergische.de/datenschutz einsehen.

Erhebung personenbezogener Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe der Wüstenrot & Württembergische AG

Unsere rechtlich selbstständigen Unternehmen arbeiten in der Unternehmensgruppe bei nicht vertragsspezifischen Aufgaben zusammen. So können wir Ihnen umfassenden, hochwertigen und zugleich kostengünstigen Service bieten: Bei Umzügen oder einer neuen Bankverbindung ändern wir Ihre Daten schnell und zuverlässig. Bei telefonischen Anfragen können wir Ihnen sofort die zuständige Stelle nennen. Ihre Post kann richtig zugeordnet werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die Bereiche der Zusammenarbeit umfassen insbesondere Vertrieb, Inkasso-, Kredit- und Mahnabteilung, sowie Betrieb und Weiterentwicklung der IT-Systeme.

Im Rahmen dieser Zusammenarbeit werden Ihre Stammdaten verarbeitet. Zu diesen Stammdaten zählen u. a. Name, Geburtsdatum und -Ort, Kontakt- daten, Bankverbindung, Werbeeinwilligung und Widerspruch, die Nummern Ihrer Verträge. Für einen Antrag, Vertrag oder Leistungsanspruch spezifische Daten sind dagegen nur von dem Unternehmen der Gruppe einsehbar, mit dem Sie eine Vertragsbeziehung haben. Die Nutzung Ihrer Stammdaten zur aktiven und umfassenden Beratung setzt Ihre ausdrückliche Zustimmung voraus.

Datenübermittlung an Ihren Vermittler

Ihr Vermittler betreut Sie in allen Versicherungsangelegenheiten. Mit Ihrer Einwilligung berät er Sie außerdem über das weitere Dienstleistungsangebot unserer Unternehmensgruppe und Kooperationspartner.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen übernehmen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- oder Immobiliengesellschaften die Aufgaben des Vermittlers.

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.

Wir teilen dem Vermittler die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, z. B. Versicherungsscheinnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der

Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie Angaben unserer Kooperationspartner zu finanziellen Dienstleistungen.

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz haben Sie bzw. der Versicherte bei Antragstellung, bei Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen, die beantragt, bestehen, abgelehnt oder gekündigt wurden. Um Lücken bei den Angaben zu schließen, Widersprüche aufzuklären und Versicherungsmisbrauch zu verhindern, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

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

Datenübermittlung an Rückversicherer

In Ihrem Interesse werden wir stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls versicherungstechnische Angaben von uns. Hierzu gehören u. a. Versicherungsscheinnummer, Beitrag, Angaben zum Risiko und 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.

Datenübermittlung an und Nutzung von zentralen Hinweissystemen (HIS)

Zweck einer Versicherung ist die Risikoverteilung vom Einzelnen auf die Versichertengemeinschaft. Der Schaden eines einzelnen Versicherungskunden wird über die Beiträge aller Kunden in der Versichertengemeinschaft getragen. Jeder Versicherungskunde muss sich deshalb darauf verlassen können, dass Risiken angemessen tarifiert werden und dass erhobene Leistungsansprüche sorgfältig geprüft werden.

Um Schaden von der Versichertengemeinschaft durch versehentlich oder absichtlich fehlerhafte Angaben bei Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen abzuwenden nutzen wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – zentrale Hinweissysteme der deutschen Versicherungswirtschaft.

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

Die Nutzung der Systeme erfolgt ausschließlich hinweisgebend zur Prüfung von Anträgen und erhobenen Leistungsansprüchen mit der im Interesse der Versichertengemeinschaft gebotenen Sorgfalt.

Datenschutz bei Scoring- und Bonitätsdaten

Der CoC verweist für den Umgang mit Scoring- und Bonitätsdaten auf die gesetzlichen Regelungen. Wir möchten Ihnen auch hier besondere Transparenz über unsere Datenverarbeitung bieten.

Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr künftiges Zahlungsverhalten (Scoring).

Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz entnehmen.

Datenübermittlung an Auftragnehmer und Dienstleister

Zur Erfüllung unserer Aufgaben nutzen wir die Dienstleistungen weiterer Unternehmen. Dabei übermitteln wir personenbezogene Daten nur im erforderlichen Umfang. Zum Beispiel übermitteln wir Adressdaten an Werkstätten oder Informationen zu einer versicherten Sache oder versicherten Person an Gutachter. Ebenso übermitteln wir bedarfsspezifisch personenbezogene Daten insbesondere an Schadenregulierer, Rechtsberatungen, Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser. Eine Liste können Sie unter www.wuerttembergische.de/datenschutz einsehen.

Wir wählen diese Unternehmen mit der gebotenen Sorgfalt aus und verpflichten sie vertraglich zur Einhaltung von Datenschutzstandards, die den Regeln des CoC entsprechen. Die Übermittlung besonders schützenswerter Daten, etwa Gesundheitsdaten, erfolgt nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung.

Anspruch auf Auskunft, Berichtung, Sperrung und Löschung

Sie haben ein Recht auf Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Daten und deren Berichtigung.

Wir nehmen erforderliche Änderungen zeitnah vor, sobald wir Kenntnis über den Korrekturbedarf Ihrer Daten haben.

Sie haben außerdem ein Recht auf Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten, wenn deren Verarbeitung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Falls ein besonderes Interesse am Schutz Ihrer personenbezogenen Daten besteht, können Sie der Übermittlung an weitere Unternehmen widersprechen.

Entsprechende Anfragen richten Sie bitte schriftlich an unsere zuständige Stelle:

Wüstenrot & Württembergische AG
Datenschutzbeauftragter
70163 Stuttgart

Datenschutzhinweise – gültig ab 25. Mai 2018

Unser Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte – Informationen nach Artikeln 13, 14 und 21 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) –

Liebe Kundin, lieber Kunde,

nachfolgend möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Württembergische Versicherung AG, die Württembergische Lebensversicherung AG, die Württembergische Krankenversicherung AG, die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, die Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, die Karlsruher Lebensversicherung AG, die Württembergische Vertriebspartner GmbH und die Ihnen nach den datenschutzrechtlichen Regelungen zustehenden Ansprüche und Rechte informieren.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Datenverarbeitung ist die Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG sowie Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH. Wenden Sie sich unter Angabe des jeweiligen Unternehmens bitte an

Gutenbergstraße 30
70176 Stuttgart
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail info@wuersttembergische.de

Für die Karlsruher Lebensversicherung wenden Sie sich bitte an

Friedrich-Scholl-Platz
76112 Karlsruhe
Telefon 0721 353-0
Telefax 0721 353-782699
E-Mail info@karlsruher.de

Für die Württembergische Vertriebspartner GmbH wenden Sie sich bitte an

Rotebühlplatz 20b
70173 Stuttgart
Telefon 0711 662-0
Telefax 0711 662-829400
E-Mail info@wuersttembergische-makler.de

Den Datenschutzbeauftragten unserer Unternehmen erreichen Sie unter:

Wüstenrot & Württembergische AG
Datenschutzbeauftragter
Wüstenrotstraße 1
71638 Ludwigsburg
Telefon 07141 16-0
E-Mail dsb@ww-ag.com

2. Welche Quellen und Daten nutzen wir?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung von Ihnen erhalten. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, die wir von anderen Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe, von für Sie zuständigen Vermittlern sowie deren Führungskräften/Fachbetreuern/Beratern/Partnern oder von sonstigen Dritten zulässigerweise (z. B. zur Erfüllung von Verträgen, zur Schadensregulierung oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung) erhalten haben.

Zum anderen verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Meldeverzeichnisse, Gründbücher, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Relevante personenbezogene Daten sind Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtstag und -ort und Staatsangehörigkeit), Legitimationsdaten (z. B. Ausweisdaten) und Authentifikationsdaten (z. B. Unterschriftprobe). Darüber hinaus können dies auch Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. die Nummern Ihrer Verträge), Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten), Werbe- und Vertriebsdaten (inklusive Werbescores), Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll), Registerdaten, Daten über Ihre Nutzung von unseren angebotenen Telemedien (z. B. Aufruf unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten von uns bzw. Einträge) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten sein.

Für besonders schützenswerte Daten (z. B. Gesundheitsdaten oder genetische Daten) erfolgt die Datenverarbeitung nur mit Ihrer Einwilligung, die sich ausdrücklich auf diese Daten bezieht. Auch die Übermittlung von Daten durch Personen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen, z. B. Ärzte und Rechtsanwälte, setzt eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen voraus.

3. Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zweck der Verarbeitung) und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), den datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Personenbezogene Daten erheben wir nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen, wenn die direkte Erhebung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Dies kann zum Beispiel eine mitversicherte Person oder ein abweichender Postempfänger sein. In diesem Fall bitten wir Sie, die betroffenen Personen über die Datenspeicherung zu informieren.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct) verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.wuersttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz abrufen.

a) Zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO)

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer der vorgenannten Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Die weiteren Einzelheiten zum Zweck der Datenverarbeitung können Sie den jeweiligen Vertragsunterlagen entnehmen.

b) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO)

Soweit erforderlich verarbeiten wir Ihre Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunfteiern zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken und aktuellen Adressen;
- Prüfung und Optimierung von Verfahren zur Bedarfsanalyse und direkter Kundenansprache;
- Werbung oder Markt- und Meinungsforschung, soweit sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs; nn Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können;
- Maßnahmen zur Gebäude- und Anlagensicherheit (z. B. Zutrittskontrollen); nn Maßnahmen zur Sicherstellung des Hausrechts;
- Maßnahmen zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten.

c) Aufgrund Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1a DSGVO, Art. 9 Abs. 2a) i. V. m. Art. 7 DSGVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten im Konzern, Auswertung von Daten für Marketingzwecke) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holten wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

d) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO)

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beurteilungspflicht.

4. Wer bekommt meine Daten?

Innerhalb der vorgenannten Unternehmen erhalten diejenigen Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten brauchen. Auch von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können zu diesen genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind bspw. Unternehmen in den Kategorien kreditwirtschaftliche Leistungen, IT-Dienstleistungen, Logistik, Wirtschaftsauskunfteien, Druckdienstleistungen, Telekommunikation, Inkasso, Beratung und Consulting sowie Vertrieb, Marketing und Anschriftenermittlung. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie auf unserer Internetseite unter

www.wuersttembergische.de/datenschutz, www.karlsruher.de/datenschutz und www.wuersttembergische-makler.de/datenschutz entnehmen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an Empfänger außerhalb der vorgenannten Unternehmen ist zunächst zu beachten, dass wir zur Verschwiegenheit über alle kundenbezogenen Tatsachen und Wertungen verpflichtet sind, von denen wir Kenntnis erlangen. Informationen über Sie dürfen wir nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies gebieten, Sie eingewilligt haben oder wir zur Erteilung einer Auskunft befugt sind. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten z. B. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung.
- Andere Versicherungsinstitute oder vergleichbare Einrichtungen sowie externe Vermittler und Vermittlungsgesellschaften, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (bspw. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel).

- Rückversicherungsunternehmen, über die von uns übernommene Risiken abgesichert werden. Hierzu kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadensdaten an ein solches Unternehmen zu übermitteln, damit dieses sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.
- Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können unter Umständen Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermittelt (HIS-Anfrage) werden. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten könnten. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de.

Weitere Datenempfänger können diejenigen Stellen sein, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben, bzw. für die Sie uns von unserer Schweigepflicht gemäß Vereinbarung oder Einwilligung befreit haben.

5. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten und speichern wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was beispielsweise auch die Anbahnung und die Abwicklung eines Vertrages umfasst.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungsund Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (§§ 238, 257 Abs. 4 HGB), der Abgabenordnung (§ 147 Abs. 3, 4 AO) und dem Geldwäschegesetz (§ 8 Abs. 3 GwG) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahre.

Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach dem gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

6. Werden Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation übermittelt?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmenseigene Datenschutzzvorschriften oder EU Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

7. Welche Datenschutzrechte habe ich?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG).

Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Königstrasse 10a
70173 Stuttgart

8. Besteht für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

9. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir die automatisierte Entscheidungsfindung ausschließlich zur Unterstützung der betriebsinternen Abläufe.

Eine vollautomatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO findet regelmäßig nicht statt.

10. Inwieweit werden meine Daten für Scoring und Rating genutzt?

Wir verarbeiten teilweise Ihre Daten automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten:

- Aufgrund gesetzlicher und behördlicher Vorgaben sind wir zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und Betrug verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen (unter anderem im Zahlungsverkehr) vorgenommen. Diese Maßnahmen dienen zugleich auch Ihrem Schutz.
- Um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können, setzen wir Auswertungsinstrumente ein. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung einschließlich Markt- und Meinungsforschung.
- Im Interesse der Versichertengemeinschaft sind wir verpflichtet, auf die termingerechte Beitragszahlung aller Versicherten zu achten. Zur Bewertung Ihrer Kreditwürdigkeit beziehen wir Informationen über Ihr bisheriges Zahlungsverhalten (Bonität) und extern ermittelte Wahrscheinlichkeitswerte über Ihr zukünftiges Zahlungsverhalten (Scoring). Die Unternehmen, von denen wir Bonitäts- und Scoringdaten beziehen, können Sie der Dienstleisterliste unter www.wuerttembergische.de/datenschutz entnehmen.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

1. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 lit. e) DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO, das wir zur Bonitätsbewertung oder für Werbezwecke einsetzen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

2. In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um Direktwerbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch (ohne Nennung von Gründen) gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten.

Bitte richten Sie den Widerspruch an die oben genannten Kontaktdaten des verantwortlichen Unternehmens.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung: Gültig ab 1. November 2017

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

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Rechnungsgrundlagen 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 hinzu kommenden 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 § 153 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 hinzu kommenden 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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

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

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

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

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

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

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausgechieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorrversicherung 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 hinzu kommenden Teil des Versicherungsschutzes.

zu § 3 (1) Wartezeiten bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung

Wird eine Krankheitskostenversicherung 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 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 Rekonvalseszenten 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 Umfange 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 vorhanderer schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnachmer 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 Versicherungsnachmers 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 Versicherungsnachmer 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 Versicherungsnachmer 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 so- wie 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 Kriegsereignisse 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 Entziehungs- kuren;
- 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 Versicherungsnachmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwächt, 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 Aufenthaltszweck 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 Versicherungsnachmers 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 Gebührenordnung

für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht.

zu § 5 (1) a) Kriegsereignisse

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 Versicherungsnachmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnachmer 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 Versicherungsnachmer ein Inlandskonto benannt hat.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnachmers

§ 8 Beitragzahlung

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

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnachmer 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 Versicherungsjahrs 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 § 153 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 hilfbedürftig 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 Betreibungskosten 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 § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit 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 Hilfbedürftigkeit 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 Krankenversicherungsaufsichtverordnung (KVAV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

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

- Beitragsrückerstattung in Form einer Ausschüttung (Auszahlung oder Gutschrift),
- Leistungserhöhung,
- Beitragssenkung,
- Verwendung als Eimalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beiträge 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

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung eines 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 Vomhundersatz, 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 Betragsbegrenzungen 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 über-einstimmender 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).

zu § 8b (1) Anpassung Ersatzkrankenhaustagegeld

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

§ 9 Obliegenheiten

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

(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 (Kostenterrstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, 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 Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung 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 aufgrund 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 Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(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 Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

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

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

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstüttungen 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 gekündigt hat.

zu § 13 (3) Ruhens 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 vorübergehender 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 Wehrübungen 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 Wiederkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (10) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenversicherung 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 Beitragsszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts 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 Textform.

§ 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.

§ 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 Hilfbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenversicherung 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 hilfbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgrenzen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation 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, so lange 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalt für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine singgemäß 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 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.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 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 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung 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 § 146 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. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. 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 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

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

- ...
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
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 beamten-rechtlichen 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 beamten-rechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungs-fähigen 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): Gültig ab 1. Juli 2016

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit den bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch sowie eine medizinisch notwendige Sterilisation,
 - c) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - d) 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 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungs-ausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzu kommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 5) einzuhalten. Der Umwandsanspruch 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 hinzu kommenden 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 Risikozuschlags 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) Sofern nichts anderes vereinbart ist, beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

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

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

Sie entfallen

- a) bei Unfällen
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (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 Abs. 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 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 Umfange 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 Auskunfts- 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 Aufenthalts 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 schwächt, 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 gütigsten 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. Rechnungswestschriften 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 Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahrs nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(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 Kalenderjahrs zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, räumt der Versicherer bei Vorauszahlung 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 Versicherungsjahrs 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 Euro. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

§ 8a Beitragsberechnung

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

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

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

jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Das Versicherungsverhältnis wird für die Dauer von zwei Jahren abgeschlossen. Danach kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Bei Umstufungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform 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 aufgrund 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 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) Ruhende 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 Abs. 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 Wiederkrafttreten 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 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragssatztag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Ersträmie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, so lange 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, sei-ne 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 Selbstbehaltende für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechthuerhalten; 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.

Teil III – Tarif ZahnKompakt (ZE50)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

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

1. Versicherungsfähigkeit

- a) Die Zahnersatz-Zusatzversicherung nach Tarif ZahnKompakt (ZE50) kann nur von Personen, die bei einer deutschen GKV/Heilfürsorge gemäß §§ 28 und 29 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) versichert sind, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.
- b) Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag. Bitte teilen Sie uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform mit.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnersatzmaßnahmen

a) Zahnersatz mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 50 % (55 %, siehe 2.1b) des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3).

Die Erstattung beträgt mindestens 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages – unabhängig der Leistungen einer GKV/Heilfürsorge – unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen

(vgl. Nr. 3. a)), jedoch maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei einer Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat-(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/ GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungslays),
- Brücken,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- Implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich medizinisch notwendiger dentaler Volumentomographie (DVT), lokale Anästhesien, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- zahnärztliches Honorar sowie
- angemessene Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

b) Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1 a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 55 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuerstembergische.de.

c) Zahnersatz ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland erfolgt, ist der Erstattungsbetrag auf 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt. Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung innerhalb Deutschlands (Privatarzt) ist eine GKV-Vorleistung keine Leistungsvoraussetzung.

Bei Implantatechnologien (ausgenommen der Suprakonstruktionen) ohne Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge erfolgt eine Minderung des Erstattungssatzes nur bei Behandlung im Ausland.

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1 a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 25 %.

2.2 Besondere Füllungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für besondere Füllungen (z. B. Komposit-/Kunststofffüllungen) inkl. Material zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.). Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.

2.3 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % für verbleibende Aufwendungen für Zahnprophylaxe bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnoberflächen,
- Beseitigung von Zahnsbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahneingabe,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

2.4 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1 oder umfangreichen Zahnbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) zu ersetzen Aufwendung steht.

Hierzu zählen lediglich Aufwendungen für:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

3. Leistungsbegrenzungen

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 2.1 und 2.2 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 250 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 500 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 750 Euro in den ersten 36 Monaten,
- 1.000 Euro in den ersten 48 Monaten.

Ab dem 49. Monat entfällt diese Leistungsbegrenzung.

Diese Leistungsbegrenzung 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.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss bekannten, oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für kieferorthopädische Maßnahmen,
- für Aufbissbehelfe und Schienen,
- der Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- für kosmetische Zahnersatzmaßnahmen,
- für reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen, sowie
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatte wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei

Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs Zahn-Kompakt (ZE50) haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (2) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

10. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart oder mit anderen Zahnersatz-Zusatzversicherungen kombiniert werden, ausgenommen der Tarife Zahnbehandlung Plus (ZBE) und Zahn & Brille (BZGU20).

11. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang I – Auszüge aus Gesetzestexten

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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt 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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation 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 bezeichnet 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.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu

treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Teil III – Tarif ZahnKomfort (ZE70)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

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

1. Versicherungsfähigkeit

- a) Die Zahnersatz-Zusatzversicherung nach Tarif ZahnKomfort (ZE70) kann nur von Personen, die bei einer deutschen GKV/Heilfürsorge gemäß §§ 28 und 29 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) versichert sind, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.
- b) Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag. Bitte teilen Sie uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform mit.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnersatzmaßnahmen

a) Zahnersatz mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 70 % (75 %, siehe 2.1b)) des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.a)).

Die Erstattung beträgt mindestens 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages – unabhängig der Leistungen einer GKV/Heilfürsorge – unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.a)), jedoch maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knocnenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich medizinisch notwendiger dentaler Volumentomographie (DVT), lokale Anästhesien, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- zahnärztliches Honorar sowie
- angemessene Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

b) Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 75 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein

ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach dem mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuertembergische.de.

c) Zahnersatz ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland erfolgt, ist der Erstattungsbetrag auf 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt. Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung innerhalb Deutschlands (Privatarzt) ist eine GKV-Vorleistung keine Leistungsvoraussetzung.

Bei Implantatrechnungen (ausgenommen der Suprakonstruktionen) ohne Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge erfolgt eine Minderung des Erstattungssatzes nur bei Behandlung im Ausland.

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 45 %.

2.2 Besondere Füllungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für besondere

Füllungen (z. B. Komposit-/Kunststofffüllungen) inkl. Material zusammen mit den Leistungen einer GKV/ Heilfürsorge bis zu maximal 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.a)). Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.

2.3 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % für verbleibende Aufwendungen für Zahnprophylaxe bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnoberflächen,
- Beseitigung von Zahnbelaugen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahneingabe,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) Anspruch genommen werden.

2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung nach Abschluss des Tarifs ZahnKomfort (ZE70) und vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bis zu 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.b)).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet, (vgl. Nr. 6).

Unter die Mehrkostenvereinbarungen fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnpfänge, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern diese Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Endet die Versicherung nach Tarif ZahnKomfort (ZE70), erfolgt – auch für schwedende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten:

- Kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1-5,
- damit verbundene Röntgendiagnostik,
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten,
- Versiegelung der Zähne.

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/ Heilfürsorge zu 100 % bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach den Ziffern 2.1a), 2.4 oder umfangreichen Zahnbefindung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) zu ersetzen Aufwendung steht.

Hierzu zählen lediglich Aufwendungen für:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

3. Leistungsbegrenzungen

a) Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 2.1 und 2.2 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 500 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 1.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 1.500 Euro in den ersten 36 Monaten,
- 2.000 Euro in den ersten 48 Monaten.

Ab dem 49. Monat entfällt diese Leistungsbegrenzung.

Diese Leistungsbegrenzung 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.

b) Die Versicherungsleistungen nach der Nummer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

250 Euro in den ersten 12 Monaten,
500 Euro in den ersten 24 Monaten,
750 Euro in den ersten 36 Monaten.

Die Versicherungsleistung nach Nummer 2.4 beträgt – auch nach Ablauf der Staffelung – maximal 1.000 Euro.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall. Der Maximalbetrag von 1.000 Euro für kieferorthopädische Leistungen bleibt bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss bekannten, oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für den Eigenanteil, welcher aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Behandlung entsteht,
- für Aufbissbehelfe und Schienen,
- der Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- für kosmetische Zahnersatzmaßnahmen,
- für reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen, sowie
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatte wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine Kürzung der Tarifeinstellung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbare Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes ZahnKomfort (ZE70) haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbeschränkungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14(2) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

10. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart oder mit anderen Zahnersatz-Zusatzversicherungen kombiniert werden, ausgenommen der Tarife Zahnbehandlung Plus (ZBE) und Zahn & Brille (BZGU20).

11. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang – Auszüge aus Gesetzestexten

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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt 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 Versicherer 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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation 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 Versicherer

rungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnekronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plas-

tische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnteilstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbarer Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Teil III – Tarif ZahnPremium (ZE90)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

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

1. Versicherungsfähigkeit

- a) Die Zahnersatz-Zusatzversicherung nach Tarif ZahnPremium (ZE90) kann nur von Personen, die bei einer deutschen GKV/Heilfürsorge gemäß §§ 28 und 29 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) versichert sind, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.
- b) Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag. Bitte teilen Sie uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit, innerhalb von zwei Monaten in Textform mit.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnersatzmaßnahmen

a) Zahnersatz mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 90 % (95 %, siehe 2.1b)) des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3a)).

Die Erstattung beträgt mindestens 20 % des Rechnungsbetrages – unabhängig der Leistungen einer GKV/Heilfürsorge – unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3. a)), jedoch maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei einer Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/ GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungs-onlays),
- Brücken,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenaufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich medizinisch notwendiger dentaler Volumenomographie (DVT), lokale Anästhesien, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- zahnärztliches Honorar sowie
- angemessene Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverbündungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

b) Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mir uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 95 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung.

Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuertembergische.de.

c) Zahnersatz ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland erfolgt, ist der Erstattungsbetrag auf 60 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt. Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung innerhalb Deutschlands (Privatarzt) ist eine GKV-Vorleistung keine Leistungsvoraussetzung.

Bei Implantatrechnungen (ausgenommen der Suprakonstruktionen) ohne Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge erfolgt eine Minderung des Erstattungssatzes nur bei Behandlung im Ausland.

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzen Aufwendung stehen, von mir uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 65 %.

2.2 Besondere Füllungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für besondere Füllungen (z. B. Komposit-/Kunststofffüllungen) inkl. Material zusammen mit den Leis-

tungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3a)). Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.

2.3 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % für verbleibende Aufwendungen für Zahnprophylaxe bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnoberflächen,
- Beseitigung von Zahnhöckern und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung nach Abschluss des Tarifs ZahnPremium (ZE90) und vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bis zu 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.b)).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet, (vgl. Nr. 6).

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnpfänge, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenthaler, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern diese Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalles sind.

Endet die Versicherung nach Tarif ZahnPremium (ZE90), erfolgt – auch für schwedende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten:

- Kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 - 5,
- damit verbundene Röntgendiagnostik,
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten,
- Versiegelung der Zähne.

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach den Ziffern 2.1a), 2.4 oder umfangreichen Zahnbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) zu ersetzen Aufwendung steht.

Hierzu zählen lediglich Aufwendungen für:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

3. Leistungsbegrenzungen

a) Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 2.1 und 2.2 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal: 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten, 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten, 3.000 Euro in den ersten 36 Monaten, 4.000 Euro in den ersten 48 Monaten.

Ab dem 49. Monat entfällt diese Leistungsbegrenzung.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

b) Die Versicherungsleistungen nach der Nummer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 500 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 1.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 1.500 Euro in den ersten 36 Monaten.

Die Versicherungsleistung nach Nummer 2.4 beträgt – auch nach Ablauf der Staffelung – maximal 2.000 Euro.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Der Maximalbetrag von 2.000 Euro für kieferorthopädische Leistungen bleibt bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für den Eigenanteil, welcher aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Behandlung entsteht,
- für Aufbissbehelfe und Schienen,
- der Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- für kosmetische Zahnersatzmaßnahmen,
- für reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- sowie für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder.

Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei kieferorthopädischen Maßnahmen oder Zahnersatzmaßnahmen ab 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine Kürzung der Tarifeleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes ZahnPremium (ZE90) haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbeschränkungen anzupassen.

9. Kündigungrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (2) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

10. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart oder mit anderen Zahnersatz-Zusatzversicherungen kombiniert werden, ausgenommen der Tarife Zahnbehandlung Plus (ZBE).

11. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang – Auszüge aus Gesetzestexten

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 mit einer dritten Person verhei-

ratet 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt 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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

- (2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu

Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahneinstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.
- (3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Teil III – Tarif Zahnbehandlung Plus (ZBE)

Ergänzende Zahnbehandlungsversicherung für die Tarife ZahnKompakt (ZE50), ZahnKomfort (ZE70), ZahnPremium (ZE90)

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

Mit dem Zusatztarif Zahnbehandlung Plus (ZBE) erhöhen Sie Ihren Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen gegenüber den Grundtarifen ZE50, ZE70 oder ZE90.

1. Versicherungsfähigkeit

a) Versicherungsfähig sind Personen, die in den Tarifen ZahnKompakt (ZE50), ZahnKomfort (ZE70) oder ZahnPremium (ZE90) bei der Württembergische Krankenversicherung AG versichert sind.

Mit Wegfall der vorgenannten Voraussetzung zum Abschluss des Tarifs ZahnKompakt (ZE50), ZahnKomfort (ZE70) oder ZahnPremium (ZE90) endet auch die Versicherung im Tarif Zahnbehandlung Plus (ZBE).

b) Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Ergänzende Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnbehandlungen aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu maximal 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung weil die Behandlung im Ausland erfolgt, ist der Erstattungsbetrag auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt. Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Als Zahnbehandlungen gelten:

- Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Alle allgemeinen zahnärztlichen und konservierenden Leistungen (GOZ-Ziffern 0010-0060, 0070-0100, 2010 2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime),
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060; ausgenommen sind Protrusionsschienen und Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 8000-8100), die reine Zahnbehandlungen sind und nicht in Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden,
- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, Röntgenaufnahmen, lokale Anästhesien, die in Zusammenhang mit den Zahnbehandlungen stehen), einschließlich der damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Weitere Regelungen:

- Die Anwendung eines Lasers, im Rahmen einer endodontischen und parodontologischen Behandlung nach den GOZ-Ziffern 2410, 4080, 4090, 4110, 4130 und 4133, ist bis maximal 80 Euro pro Behandlungstag erstattungsfähig.
- Für den Einsatz eines Dentalmikroskops, im Rahmen einer chirurgischen, endodontischen und parodontologischen Behandlung nach den GOZ-Ziffern 2360, 2410, 2440, 3110 3120, 4090, 4100, 4130 und 4133, sind bis maximal 30 Euro pro Behandlungstag erstattungsfähig.

2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % für verbleibende Aufwendungen für Zahnprophylaxe bis zu einem Erstattungsbetrag von 100 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren zusätzlich zu den Tarifen ZahnKompakt (ZE50), ZahnKomfort (ZE70), ZahnPremium (ZE90).

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnoberflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahneingriffe,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

3. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

4. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen

- einer bereits vor Vertragsschluss bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- die Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- für Behandlungen, die in der GOZ oder der GOÄ nicht beschrieben sind (analoge Berechnung),
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für Behandlungen und vorbereitende Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Behandlungen durchgeführt werden,
- für Amalgamsanierungen,
- für kosmetische Maßnahmen wie z. B. Bleaching,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für Computertomographien (CT),
- für reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen,
- für von der GKV/Heilfürsorge abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V,
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatzen wir tarifgemäß.

5. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

6. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen ab 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine Kürzung der Tarifeinstellung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs Zahnbehandlung Plus (ZBE) haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifeinstellungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

8. Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 (2) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

9. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart werden.

10. Beiträge

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

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (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.

Teil III – Tarif ZBU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Zahnbehandlung

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Würtembergischen 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, so weit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätze 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 €** je Versicherungsjahr bezuschusst, sofern sie im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung nach Ziff. 2.2 entstanden sind.

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 Würtembergischen 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.

ZGU30:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU30 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 300 Euro Erstattung),
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 600 Euro Erstattung),
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 900 Euro Erstattung) und
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 1.200 Euro Erstattung)

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 ZGU 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.

ZGU50:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU50 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 500 Euro Erstattung),
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 1.000 Euro Erstattung),
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 1.500 Euro Erstattung) und
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 2.000 Euro Erstattung)

ZGU70:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs ZGU70 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 700 Euro Erstattung),
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 1.400 Euro Erstattung),
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 2.100 Euro Erstattung) und
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 2.800 Euro Erstattung)

Die vorstehende Begrenzung in den Tarifstufen ZGU30, ZGU50, ZGU70 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 Zahn & Brille (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 Rechnungsbeitrages begrenzt

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind ab Versicherungsbeginn des Tarifs BZGU20 begrenzt auf einen Rechnungsbetrag (der tariflich vereinbarte Erstattungssatz bleibt zu berücksichtigen) von höchstens:

1.000 Euro in den ersten 12 Monaten (max. 200 Euro Erstattung),
2.000 Euro in den ersten 24 Monaten (max. 400 Euro Erstattung),
3.000 Euro in den ersten 36 Monaten (max. 600 Euro Erstattung) und
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten (max. 800 Euro Erstattung).

Die vorstehende Begrenzung 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 Zahnoberflächen
- Entfernung harter und weicher Zahnbelaäge einschließlich Politur

Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von 80 € 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 €. Bei Kindern entsteht bereits vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen.

3. 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).

Teil III Tarif SZ Stationäre Zusatzversicherung – Gültig ab 1. September 2017

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

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben. Versicherungsfähig sind auch Personen, die in einer Krankheitskostenvollversicherung eines anderen privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und diese Versicherung bei stationärer Heilbehandlung nur den Ersatz der Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen vorsieht.

2. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen Aufwendungen medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen. Dies gilt auch für Fälle einer Entbindung, Fehlgeburten sowie eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation. Aufwendungen in Zusammenhang mit vollstationären Aufenthalten oder ambulanten Operationen für Behandlungen wegen Zahnersatzes sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

3. Kosten für Wahlleistungen

3.1 Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert berechenbare wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlung gelten im Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, als Wahlleistungen.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten die zusätzlichen Kosten für ein Zweibettzimmer und die gesondert berechenbare wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung als Wahlleistungen.

3.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100% für:

- gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und wählt die versicherte Person ein Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.
- besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräte, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben.
- wahlärztliche¹ und belegärztliche² Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchst-sätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegenbindungspflegers sowie der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

4. Ersatzkrankenhaustagegeld

4.1 Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterkunft oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt die Württembergische ausschließlich bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer über die gesamte Dauer einer stationären Behandlung 30 EUR
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung bei stationärer Behandlung 50 EUR

4.2 Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird nur bei erklärtem Verzicht auf verbesserte Unterbringung bzw. wahlärztliche und belegärztliche Behandlung gezahlt. Insbesondere wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation gezahlt.

4.3 Bei einer Anschlussheilbehandlung besteht bei Verzicht auf verbesserte Unterbringung oder wahlärztliche und belegärztliche Behandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

5. Begleitperson

Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenen Elternteils erstattet. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

6. Ambulante Operationen

6.1 Bei einer ambulanten Operation in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder ambulanten OP-Zentrum, die an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung tritt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation auf der Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausärzte durchgeführt wird.

Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus, am medizinischen Versorgungszentrum bzw. am ambulanten OP-Zentrum angestellt sind, sowie durch Belegärzte an diesen Einrichtungen.

1 gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.

2 Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

- Die Aufwendungen für privatärztliche Vergütungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
- Ebenso erstattungsfähig sind bei einer Hausgeburt die Leistungen einer Hebammme und eines Entbindungsgebers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.
- Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

7. Vor- und nachstationäre Heilbehandlungen

- Kosten für vor- oder nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer versicherten vollstationären Krankenhausbehandlung stehen, werden zu 100% erstattet.
- Kosten für eine im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ersatzpflichtigen Behandlung durchgeführten einmaligen Vor- und Abschlussuntersuchung durch den abrechnungsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt werden zu 100% erstattet.
- Die Kostenerstattung einer vorstationären Behandlung oder Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die Kostenerstattung für nachstationäre Behandlungen oder Abschlussuntersuchungen ist auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, begrenzt.
- Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

8. Stationäre Anschlussheilbehandlung

- Kann die Anschlussheilbehandlung nicht ambulant durchgeführt werden, sind gesondert berechnete Leistungen von Beleg- oder Wahlärzten sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig.
- Gemäß Ziffer 4.3 besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

9. Verbleibende Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen

- Wählt die versicherte Person ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland für die stationäre Behandlung, sind die verbleibenden Restkosten (maximal die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des nächstgelegenen öffentlichen Krankenhauses) zu 100% erstattungsfähig:
 - In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.
 - In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse).
Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.
- Ausgenommen von der Erstattung verbleibender Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen sowie bei der GKV bestehende Selbstbezahle.

10. Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 EUR je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

11. Verlegung

Erstattungsfähig ist die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegt. Das gilt auch, wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind. Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird.

Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

12. Besondere Bestimmungen

- Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zu-stehende ordentliche Kündigungsschreit.
- Abweichend von § 3 (2) MB/KK 2009 entfällt die allgemeine Wartezeit.
- Abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009 ist für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten im Fall von Operationen, Entbindungen, Fehlgeburten sowie nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

13. 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 MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009).

- Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009).
- 13.2 Wird für die versicherte Person aufgrund der Vollendung des 20. Lebensjahres bedingungsgemäß ab Beginn des nächsten Kalenderjahres die monatliche Beitragsrate für das Eintrittsalter 21 fällig, so kann auf Antrag des Versicherungsnehmers anstatt der Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Tarif SZ (mit Alterungsrückstellungen) eine

Umstellung auf den Tarif SZR (ohne Alterungsrückstellungen) ohne erneute Gesundheitsprüfung erfolgen. Ein solcher Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Kalenderjahres, in dem der Beitrag für das Eintrittsalter 21 fällig ist, in Textform beim Versicherer zu stellen. Die Umstellung erfolgt dann rückwirkend zum 01.01. des jeweiligen Kalenderjahres.

- 13.3 Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von AVB MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (2) MB/KK 2009 nicht vorgesehen.

Teil III Tarif SZR Stationäre Zusatzversicherung – Gültig ab 1. September 2017

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

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) oder auf Heilfürsorge haben. Versicherungsfähig sind auch Personen, die in einer Krankheitskostenvollversicherung eines anderen privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und diese Versicherung bei stationärer Heilbehandlung nur den Ersatz der Aufwendungen für die Allgemeinen Krankenhausleistungen vorsieht.

Bei Eintritt in den Tarif SZR muss die versicherte Person mindestens 21 Jahre (Differenz Kalender- zu Geburtsjahr) alt sein.

2. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen Aufwendungen medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen. Dies gilt auch für Fälle einer Entbindung, Fehlgeburt sowie eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation. Aufwendungen in Zusammenhang mit vollstationären Aufenthaltenden oder ambulanten Operationen für Behandlungen wegen Zahnersatzes sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

3. Kosten für Wahlleistungen

- 3.1 Die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert berechenbare wahlärztliche¹ oder belegärztliche² Behandlung gelten in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhaustagegeldgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, als Wahlleistungen.
In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhaustagegeldgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten die zusätzlichen Kosten für ein Zweibettzimmer und die gesondert berechenbare wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung als Wahlleistungen.
- 3.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100% für:
- a. gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und wählt die versicherte Person ein Einbettzimmer, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.
 - b. besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Telefon, Internet, Radio- und Fernsehgeräte, soweit Krankenhäuser hierfür gesonderte Zuschläge erheben.
 - c. wahlärztliche¹ und belegärztliche² Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
 - d. Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungsphysikers sowie der freiberuflichen Hebammen und Entbindungsphysiker, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

4. Ersatzkrankenhaustagegeld

- 4.1 Verzichtet die versicherte Person auf die gesondert berechenbare Unterkunft oder die wahlärztliche bzw. belegärztliche Leistung, zahlt die Württembergische ausschließlich bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:
- a. bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer über die gesamte Dauer einer stationären Behandlung 30 EUR
 - b. bei Verzicht auf gesondert berechenbare wahlärztliche und belegärztliche Leistung bei stationärer Behandlung 50 EUR
- 4.2 Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird nur bei erklärt Verzicht auf verbesserte Unterbringung bzw. wahlärztliche und belegärztliche Behandlung gezahlt. Insbesondere wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld für Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation gezahlt.
- 4.3 Bei einer Anschlussheilbehandlung besteht bei Verzicht auf verbesserte Unterbringung oder wahlärztliche und belegärztliche Behandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

5. Ambulante Operationen

- 5.1 Bei einer ambulanten Operation in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder ambulanten OP-Zentrum, die an die Stelle einer an sich gebotenen stationären Behandlung tritt, werden die Aufwendungen für privatärztliche Behandlungen zu 100 Prozent ersetzt. Dies gilt nur, soweit die ambulante Operation auf der Grundlage der jeweils gültigen Vereinbarung zwi-

schen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger durchgeführt wird.

Erstattungsfähig sind nur Kosten für ambulante Operationen durch Ärzte, die am Krankenhaus, am medizinischen Versorgungszentrum bzw. am ambulanten OP-Zentrum angestellt sind, sowie durch Belegärzte an diesen Einrichtungen.

- 5.2 Die Aufwendungen für privatärztliche Vergütungen sind über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattungsfähig, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
- 5.3 Ebenso erstattungsfähig sind bei einer Hausgeburt die Leistungen einer Hebammie und eines Entbindungsphysikers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- 5.4 Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

6. Vor- und nachstationäre Heilbehandlungen

- 6.1 Kosten für vor- oder nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer versicherten vollstationären Krankenhausbehandlung stehen, werden zu 100% erstattet.
- 6.2 Kosten für eine im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ersatzpflichtigen Behandlung durchgeführten einmaligen Vor- und Abschlussuntersuchung durch den abrechnungsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt werden zu 100% erstattet.
- 6.3 Die Kostenerstattung einer vorstationären Behandlung oder Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die Kostenerstattung für nachstationäre Behandlungen oder Abschlussuntersuchungen ist auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, begrenzt.
- 6.4 Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

7. Stationäre Anschlussheilbehandlung

- 7.1 Kann die Anschlussheilbehandlung nicht ambulant durchgeführt werden, sind gesondert berechnete Leistungen von Beleg- oder Wahlärzten sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig.
- 7.2 Gemäß Ziffer 4.3 besteht bei einer Anschlussheilbehandlung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

8. Verbleibende Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen

- 8.1 Wählt die versicherte Person ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland für die stationäre Behandlung, sind die verbleibenden Restkosten (maximal die Differenz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen des nächstgelegenen öffentlichen Krankenhauses) zu 100% erstattungsfähig:
 a. In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhaustagegeldgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen.
 b. In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhaustagegeldgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse).
 Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.
- 8.2 Ausgenommen von der Erstattung verbleibender Restkosten bei allgemeinen Krankenhausleistungen sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen sowie bei der GKV bestehende Selbstbemaltheite.

9. Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 EUR je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

10. Verlegung

Erstattungsfähig ist die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhaustagegeldgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegt. Das gilt auch, wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind. Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird.

1 gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.
2 Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Kostenträger gekürzt.

11. Umstellung des Versicherungsverhältnisses; Wechselrecht

- 11.1 Nach einer Vertragslaufzeit von mindestens 5 Jahren, längstens aber bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person, hat der Versicherungsnehmer jederzeit das Recht, auf Antrag zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif SZ mit Alterungsrückstellungen zu wechseln.
- 11.2 Vollendet die versicherte Person das 55. Lebensjahr, so wird das Versicherungsverhältnis zum 01.01. des Folgejahres ohne erneute Gesundheitsprüfung auf den Tarif SZ umgestellt, sofern die Vertragslaufzeit zum Umstellungzeitpunkt mindestens 5 Jahre beträgt. Beträgt die zurückgelegte Vertragslaufzeit zum 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 55. Lebensjahres folgt, weniger als 5 Jahre, besteht kein Anspruch auf Wechsel in den Tarif SZ.
- 11.3 Der Versicherungsnehmer kann der Umstellung des Versicherungsverhältnisses für die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach der Umstellung rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt widersprechen. In diesem Fall verbleibt die versicherte Person weiter im Tarif SZR ohne Alterungsrückstellung und verliert ihren Anspruch auf Wechsel in den Tarif SZ ohne erneute Gesundheitsprüfung.

12. Besondere Bestimmungen

- 12.1 Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (1) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
- 12.2 Abweichend von § 3 (2) AVB/S entfällt die allgemeine Wartezeit.
- 12.3 Abweichend von § 4 Abs. 5 Satz 1 AVB/S ist für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten im Fall von Operationen, Entbindungen, Fehlgeburten sowie nicht rechts-

widrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.

13. Beiträge

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

- 13.1 Der Beitrag wird für die Altersgruppen

- 21 bis 25 Jahre,
- 26 bis 30 Jahre,
- 31 bis 35 Jahre,
- 36 bis 40 Jahre,
- 41 bis 45 Jahre,
- 46 bis 50 Jahre,
- 51 bis 55 Jahre,
- 56 bis 60 Jahre,
- 61 bis 65 Jahre,
- 66 bis 70 Jahre,
- 71 bis 75 Jahre,
- 76 bis 80 Jahre,
- 81 bis 85 Jahre,
- 86 bis 90 Jahre,
- 91 bis 95 Jahre und
- ab 96 Jahren berechnet.

- 13.2 Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., 26., 31., 36., 41., 46., 51., 56., 61., 66., 71., 76., 81., 86., 91. bzw. 96. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu entrichten.

- 13.3 Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.

Teil III Tarif SZE Stationäre Zusatzversicherung (Unterbringung im Einbettzimmer)

Gültig ab 1. September 2017

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

Mit dem Zusatztarif SZE erweitern Sie Ihren Versicherungsschutz im stationären Bereich.

1. Versicherungsfähigkeit

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nur ergänzend in Verbindung mit einer beim Versicherer geführten Krankheitskostenversicherung mit Leistungen für Zweibettzimmer (Grundversicherung) vereinbart werden. Endet die Grundversicherung, endet auch der Tarif SZE.

2. Versicherungsleistungen

Wir ersetzen Aufwendungen medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen. Erstattungsfähig sind, ergänzend zu den Leistungen aus der Grundversicherung, bei Behandlung in einem nach den AVB der Grundversicherung anerkannten Krankenhaus Aufwendungen zu 100 % für:

- 2.1 Die verbleibenden Differenzkosten für Unterkunft im Einbettzimmer nach Abzug der Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer.
- 2.2 Verzichtet die versicherte Person über die gesamte Dauer einer stationären Behandlung auf die gesondert berechenbare Unterkunft, zahlt die Württembergische ausschließlich bei vollstationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 €. Bei Unterbringung im Mehrbettzimmer wird das Ersatzkrankenhaustagegeld zusätzlich zur

Leistung aus der Grundversicherung gezahlt. Das Ersatzkrankenhaustagegeld wird nur bei erklärtem Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer gezahlt. Insbesondere wird kein Ersatzkrankenhaustagegeld bei Behandlungen auf der Intensiv- oder Säuglingsstation gezahlt. Bei einer Anschlussheilbehandlung besteht bei Verzicht auf verbesserte Unterbringung kein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld.

3. Besondere Bestimmungen

- 3.1 Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
- 3.2 Abweichend von § 3 (2) MB/KK 2009 entfällt die allgemeine Wartezeit. Wird Versicherungsschutz nach diesem Tarif im Rahmen einer Krankheitskostenversicherung vereinbart, entfallen hierfür sämtliche Wartezeiten.

4. Beiträge

- 4.1 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 Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0 - 15) und Jugendliche (Altersgruppe 16 - 20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II Tarifbedingungen zu § 8 (1) MB/KK 2009).
- 4.2 Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von AVB MB/KK 2009 Teil II Tarifbedingungen zu § 8 Abs. 2 nicht vorgesehen.

Tarif SGKU – Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche

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

1. Aufnahmefähigkeit

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

Versicherungsleistungen

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung

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

2.1 Unterkunfts zuschlag Ein- und Zweibettzimmer.

Bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 20 € gezahlt. Wird auch auf die Unterbringung im Zweibettzimmer verzichtet, erhöht sich das Ersatzkrankenhaustagegeld auf 50 €.

2.2 Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist.

Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 € gezahlt.

2.3 Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfLV). Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung.

Ausgenommen von der Erstattung sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen.

Entfällt die Vorleistung, sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

2.4 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

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

Entfällt die Vorleistung, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50 % ersetzt.

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

3. Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn mit der Behandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Endet die Versicherung nach Tarif SGKU (z.B. nach Ziffer 4), erfolgt – auch für schwedende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

3.1 Leistungen bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV

Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit diese nicht unter den Leistungsanspruch gegenüber der GKV fallen (Mehrkosten).

Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2 000 Euro. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 1 600 Euro.

3.2 Leistungen ohne bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV

Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit hierfür insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4 000 €. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 3 200 €.

Kieferorthopädischer Heil- und Kostenplan:

3.3 Die Aufwendungen nach den Ziffern 3.1 und 3.2 werden erstattet, wenn rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer schriftlich genehmigt wurde. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, die Prüfung unverzüglich vorzunehmen.

Wird die Maßnahme ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Versicherers durchgeführt, erfolgt keine Erstattung.

Leistungsstaffeln:

3.4 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.1 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens

1 000 € in den ersten 12 Monaten und
2 000 € in den ersten 24 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

3.5 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.2 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens

1 000 € in den ersten 12 Monaten,
2 000 € in den ersten 24 Monaten,
3 000 € in den ersten 36 Monaten und
4 000 € in den ersten 48 Monaten

ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

Besondere Bestimmungen

4. Beendigung der Versicherung nach Tarif SGKU

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

5. Option

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die das Versicherungsverhältnis nach Ziffer 4 endet, innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung die Umstellung in die Tarife SGU, SEU und ZGU30 ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten verlangen. Die Umstellung erfolgt rückwirkend zum 01.01. des auf die Beendigung folgenden Jahres.

Der vom Umstellungszeitpunkt an zu zahlende Beitrag richtet sich nach den dann maßgeblichen Beiträgen der Tarife, in die umgestellt werden soll. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

6. Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

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

8. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-20 Jahre berechnet.

Teil III Tarif KHTU Krankenhaustagegeldversicherung

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

Versicherungsleistungen

Das Krankenhaustagegeld kann in Stufen von 5 €, mindestens jedoch in Höhe von 10 €, vereinbart werden.

Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag eines medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthaltes in einem nach den AVB anerkannten Krankenhaus ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden jeweils als ein voller Tag gewertet.

Bei ambulanter Entbindung wird ein pauschales Krankenhaustagegeld in Höhe des dreifachen vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Beiträge

Für den Teil des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, der 50 € übersteigt, werden die monatlichen Beitragsraten verdoppelt.

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

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

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

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

Versicherungsfähigkeit

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

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung

Erstattungssatz 100 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

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

Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind Aufwendungen erstattungsfähig für:

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

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

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

Erstattungssatz 50 %

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

5. Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2 500 € pro Versicherungsjahr. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Behandler verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzepiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

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

Besondere Bestimmung

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

Beiträge

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

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

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

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

Versicherungsfähigkeit

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

Versicherungsleistungen

Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum Erstattungssatz 100 % für:

1. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig. Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 € innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.
- Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind die Aufwendungen erstattungsfähig für:
 2. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Absatz 2 SGB V.
 3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 4 SGB V.
 4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
 5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung je Hilfsmittel und Hilfsmittel zum Verbrauch nach § 33 SGB V. Differenzbeträge, welche sich aufgrund der Abweichung von einer üblichen Ausführung ergeben (Luxusausführung), bleiben unberücksichtigt.
 6. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 5 SGB V.
 7. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach §§ 40, 41 SGB V.
 8. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V.

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

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

Erstattungssatz 50 % für:

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

Besondere Bestimmung

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

Beiträge

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

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

Teil III Tarif NH Zusatzversicherung für Naturheilverfahren 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 (GKV) oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind

Versicherungsleistungen

Kosten einer ambulanten Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Kosten für:

1. Naturheilverfahren

Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen, amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einschließlich der im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2. Heilpraktiker

Behandlung einschließlich Heilmittel durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG) im Rahmen des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH), einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei- und Verbandmittel. Ausgenommen sind Behandlungen einschließlich Heilmittel durch Heilpraktiker, die ausschließlich eine Zulassung für einen Teilbereich der GebÜH (z.B. für Psychotherapie, für Physiotherapie) haben.

3. Osteopathie

Osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Kalenderjahr mit maximal 60,00 € Erstattungsbetrag pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Verordnung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) oder ohne ärztliche Veranlassung durch Heilpraktiker durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

4. Umfang der Kostenerstattung nach Ziffer 1. – 3.

Die Kosten nach Ziffer 1., 2. und 3. sind begrenzt auf einen Erstattungsbetrag bis zu 200 € im ersten Kalenderjahr, bis zu 300 € im zweiten Kalenderjahr und ab dem dritten Kalenderjahr bis zu insgesamt 1.000 € pro Kalenderjahr und werden

zu 100% erstattet, wenn auch die GKV oder der Basistarif hierfür Leistungen erbringt; nicht erstattet werden gesetzliche Zuzahlungen der GKV und Zuzahlungen des Basistarifs,

zu 80% erstattet, wenn die GKV oder der Basistarif hierfür keine Leistungen erbringt.

Nicht erstattet werden

- Mehrkosten nach Ziffer 1., 2. und 3., die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen
- psychotherapeutische Behandlungen
- Nährmittel und Stärkungspräparate (z.B. Vitamine / Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden. Dies gilt auch wenn sie verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten. Sie gelten nicht als Arzneimittel nach Ziffer 1. und 2.

5. Vorsorgeuntersuchungen / Schutzimpfungen

Kosten für medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu gehören auch medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten sowie Kosten für Schutzimpfungen (inklusive Reiseimpfungen) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 150 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.

6. Sehhilfen

Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig.

Die Kosten werden bis zu einem Betrag von 125 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattet.

7. Stationäre Heilbehandlung

Nach Vorleistung der GKV (für Versicherte im Basistarif; nach Vorleistung aus dem Basistarif) sind die Kosten erstattungsfähig für Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V*, die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit diese die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV keine Leistung erbringt, sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig. Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Anpassung von Versicherungsleistungen

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 MB/KK 2009 berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. Höchstgrenzen bei der Erstattung von Naturheilverfahren) an die Preisentwicklung anzupassen.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

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

Beiträge

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

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

* SGB V § 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VSU (Vorsorgetarif)

Gültig ab 1. Januar 2017

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die in § 5 aufgeführten Leistungen. Der Versicherer ersetzt im Versicherungsfall die hierfür entstehenden Aufwendungen in dem Umfang und in der Höhe, die in § 5 Ziffern 1 bis 6 festgelegt sind.

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

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Entbindung und Sterilisation,
- b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen,
- c) Tod.

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

(4) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

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

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Monate, für Entbindung und Psychotherapie beträgt sie acht Monate.

Die Wartezeiten entfallen

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten steht frei.

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

(3) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 2 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

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

(5) 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.

(6) 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 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum

Erstattungssatz 80 % für:

1. Vorsorgeuntersuchungen. Die Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen innerhalb Deutschlands werden bis zu einem Rechnungsbetrag von höchstens 500 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren erstattet. Die maximale Erstattung beträgt demnach insgesamt 400 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Erstattet werden die Aufwendungen bis zu den Regelhöchstsätzen¹ der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

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

Erstattungssatz 100 % für:

2. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen. Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und/oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Die tarifliche Leistung ist insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens 125 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von zwei Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert. Ab dem 50. Lebensjahr erhöht sich der Erstattungsanspruch auf insgesamt 250 Euro innerhalb von zwei Versicherungsjahren.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Soweit Leistungen aus einer anderen privaten Zusatzversicherung beansprucht werden können, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Entfällt die Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, besteht keine Leistungspflicht.

4. Zahnersatz nach Unfallereignissen. Als Zahnersatz gelten Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Brücken und Implantate, herausnehmbare Teil- oder Ganzprothesen, Eingliederung von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der dazugehörigen angemessenen Material- und Laborkosten. Erstattet werden diese Aufwendungen, sofern der Zahnersatz aufgrund eines zuvor erlittenen Unfalls medizinisch notwendig geworden ist.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten und/oder einer Gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Besteht kein Anspruch auf Leistungen aus einer Privaten oder Gesetzlichen Krankenversicherung, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Die zahnärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils

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

gültigen amtlichen GOÄ bzw. GOZ liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Ein Anspruch auf Kostenersstattung besteht nur für die Zahnersatzmaßnahmen, die ursächlich im Zusammenhang mit einem Unfallereignis stehen, das nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt. Die Zahnersatzmaßnahme ist unmittelbar nach dem Unfallereignis durchzuführen.

Für Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme bzw. durch grob fahrlässiges Verhalten verursacht werden, besteht kein Versicherungsschutz.

5. Entbindungspauschale. Bei Entbindungen wird eine Entbindungspauschale von 150 Euro gezahlt.
6. Auslandsreisekrankenversicherung. Versicherungsschutz besteht bei akuten Erkrankungen, Unfällen und Todesfällen während vorübergehender Aufenthalte im Ausland für bis zu 42 Tage pro Auslandsaufenthalt. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat sowie Deutschland.

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

- Ärzte (einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose);
- Arznei-, Verband- und Heilmittel. Arzneimittel müssen im Aufenthaltsland in einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetikmittel und ähnliches;
- medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;
- stationäre Behandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus;
- medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt, sofern ein Notfall vorliegt;
- schmerzstillende Zahnbehandlung, notwendige Zahnhüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen;
- medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus in Deutschland bzw. am ständigen Wohnsitz des Versicherten, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Kosten, die bei plannäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- Überführungskosten bis 10.000 Euro beim Tod einer versicherten Person an deren letzten ständigen Wohnsitz.

Keine Leistungspflicht besteht für alle hier nicht als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren sowie für Heilbehandlungen, mit denen bei Beginn der Auslandsreise nach dem gewöhnlichen Verlauf der Reise zu rechnen war, es sei denn, dass die Reise wegen Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Abweichend von § 3 entfallen bei der Behandlung im Ausland die Wartezeiten.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwedende Versicherungsfälle – spätestens mit Grenzüberschreitung ins Inland bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Er endet zudem mit dem Ablauf des 42. Tages eines Auslandsaufenthaltes.

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

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

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

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungsuren;
- c) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- d) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- e) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen deutschen GOÄ bzw.

GOZ nicht entsprechen. Dies gilt nicht für die Auslandsreisekrankenversicherung nach § 5 Ziffer 6.

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

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszwertschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und das jeweilige Behandlungsdatum.

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

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

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

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

§ 9 Beitragszahlung

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

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

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

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten in Höhe von 5 Euro je Mahnung verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

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

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

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

§ 9a Beitragsberechnung

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

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

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

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

§ 9b Beitragsanpassung

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

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

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

§ 10 Obliegenheiten

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

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

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstüttungen wird die Dauer der bestehenden Vorversicherung angerechnet. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs in Textform gekündigt hat.

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 19 (1), so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmittelung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Dieser bestätigt dem Versicherer in schriftlicher Form, die Vertragspflichten zu übernehmen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Rückständige Beiträge sind nach zu entrichten. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(7) Ruhens der Rechte und Pflichten

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhens der Krankenversicherung)

Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhens 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 Ruhens der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für alle mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Zahlungsverzug nach § 38 VVG eintritt und das Ruhens vor Wirksamkeit der Kündigung nach § 38 Abs. 3 Satz 1 und 2 VVG beantragt wird. Das vereinbarte Ruhens 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 Wiedereintritt treten der ursprünglichen Versicherung fallen.

§ 15 Kündigung durch den Versicherer

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

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder nur für einzelne versicherte Personen, gilt § 14 Abs. 6 Sätze 1 und 3 entsprechend.

§ 16 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

§ 17 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 18 Gerichtsstand

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

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

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

§ 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch 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 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 206 Kündigung des Versicherers

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

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

...

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

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

gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhauseggeldversicherung 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. Vorsorgeuntersuchungen

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

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

2.2. Hilfsmittel

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

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

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

2.3. Sehhilfen

Erstattet werden innerhalb von zwei Versicherungsjahren 100 % der Aufwendungen für Sehhilfen und deren Reparaturleistungen, begrenzt auf einen Betrag von 125 €. 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 Häftschalen.

2.4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl in Deutschland

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

2.5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen

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

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

2.6. Leistungen für Versicherte im Basistarif

Für Versicherte im Basistarif handelt es sich in den Ziffern 2.2, 2.4 und 2.5 nicht um Vorleistungen der GKV oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

3. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0-29 Jahre, 30-49 Jahre und ab dem Alter 50 Jahre berechnet.

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

Teil III Tarif AGU – Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Grundschutz

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 (GKV) versichert sind.

Versicherungsleistungen

1. Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- A. Die Aufwendungen für Leistungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.8 und 2. sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn nach Beginn der Versicherung in Tarif AKG oder Tarif AGU

- a) erstmals eine der unter F. aufgeführten schweren Erkrankungen gesichert ärztlich diagnostiziert wird,
- b) die versicherte Person unverzüglich zum nächstmöglichen, satzungsgemäßen Wirksamwerden bei ihrer Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wählt,
- c) dem Versicherer der Anspruch und der Beginn der Kostenerstattung nachgewiesen wird.

Ab diesem Zeitpunkt besteht Versicherungsschutz für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen unabhängig vom Fortbestehen der schweren Erkrankung.

Liegen die Voraussetzungen nach a) bis c) vor, werden die Aufwendungen auch bis zum satzungsgemäßen Wirksamwerden der Kostenerstattung zu 100 % erstattet, sofern Ärzte mit Kassenzulassung gewählt werden.

- B. Der Erstattungsbetrag ist auf 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt, wenn

- a) Kostenerstattung nicht gewählt wird oder
- b) bestehende Ansprüche auf Kostenerstattung gegenüber der GKV nicht geltend gemacht werden oder
- c) die GKV nur deshalb keine Leistung erbringt, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde.

- C. Erstattet werden auch die im Rahmen der Kostenerstattung von der GKV in Abzug gebrachten Zuzahlungen sowie Verwaltungskosten und Abschläge für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V sind nicht erstattungsfähig.

- D. Aufwendungen nach Ziffer 1.9 werden auch ohne Vorliegen einer schweren Erkrankung und ohne Wahl von Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V ersetzt, sofern die Vorsorgeuntersuchung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet werden kann.

- E. Soweit eine der aufgeführten Diagnosen noch nicht gesichert gestellt werden konnte (Verdachtsdiagnose), kann die versicherte Person zum Zweck der Bestätigung oder dem Ausschluss der schweren Erkrankung einen Facharzt aufsuchen, ohne dass zuvor Kostenerstattung gewählt werden muss. Kann die Untersuchung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden, ersetzt der Versicherer die Aufwendungen für diese Untersuchung zu 100%.

- F. Schwere Erkrankungen sind:

- Herzinfarkt,
- Schlaganfall (Hirninfarkt, Hirnschlag, Schlag, Apoplex, zerebraler oder apoplektischer Insult). Nicht als Schlaganfall gilt die transitorische ischämische Attacke (TIA Stadium II),
- bösartiger Tumor bzw. Krebs einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks. Krebsvorstufen wie das Oberflächenkarzinom DCIS sind keine Krebserkrankungen,
- insulinpflichtiger Diabetes,
- AIDS bzw. positive HIV-Mehrfachtestungen,
- Leber- oder Nierenversagen mit Dialysepflicht,
- Aufnahme in eine Transplantationsliste,
- Amputation,
- schwere Verbrennung – eine schwere Verbrennung liegt vor, wenn infolge der Verbrennung die Entfernung von geschädigtem Gewebe erforderlich wird,
- Koma / künstliches Koma – es liegt keine schwere Erkrankung im Sinne dieses Tarifs vor, wenn Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch die Ursache für das (künstliche) Koma ist,
- traumatisch bedingte Querschnittslähmung,
- Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung oder private Pflegepflichtversicherung),
- schweres Schädel-Hirn-Trauma 3. Grades (Glasgow-Coma-Scale-Score ≤ 8).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- 1.1 Ärztliche Heilbehandlung. Als Arzt gilt auch ein Arzt für Naturheilverfahren.

Aufwendungen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nicht erstattungsfähig.

- 1.2 Ambulante psychotherapeutische Behandlungen zur Krisenintervention bis zu 30 Sitzungen je Versicherungsfall im Rahmen der jeweils gültigen GOÄ bzw. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie oder einen im Arztreister eingetragenen und in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel (ausgenommen bei Schwangerschaft oder bei einem durch eine Grunderkrankung – z.B. Enzymmangelerkrankung, Mukoviszidose – bedingten Vitamin- oder Mineralstoffmangel) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzervativa, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

- 1.4 Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden nach beiliegendem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife AGU/AKU für Heilmittel.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60,00 EUR pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

- 1.5 Medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Hilfsmittel sind über den Vertragspartner der Krankenkasse zu beziehen. Von der GKV nicht übernommene Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel werden zu 100% ersetzt. Kann ein Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden oder beteiligt sich die GKV nicht an den Kosten, werden die Aufwendungen ersetzt, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird. Sofern sich die GKV nicht an den Kosten beteiligt oder Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden kann, ist dies unter Nennung der Gründe nachzuweisen.

Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen) und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit sind nicht erstattungsfähig.

- 1.6 Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.

- 1.7 Häusliche Krankenpflege (dies sind medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes, wie z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) außer für hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege gelten entsprechend.

- 1.8 Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren.

- 1.9 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt. Hierzu gehören auch medizinisch notwendige Vorsorgeuntersuchungen, die als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gelten.

2. Ambulante Psychotherapie

Unabhängig von den Leistungen nach 1.2 sind nach Abzug der Vorleistung der GKV verbleibende Aufwendungen für Psychotherapie zu 80 % erstattungsfähig. Ersetzt werden ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen GOÄ bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztreister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erbringt die GKV keine Leistung, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

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.

Anpassung von Versicherungsleistungen

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

Der Versicherer passt nach Maßgabe von § 18 MB/KK auch tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen oder das dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnis an die Preisentwicklung an.

Beiträge

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

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

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) V – Auszug:

§ 13 Kostenerstattung

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenersstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

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

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

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

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

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

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

§ 53 Wahltarife

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

Teil III Tarif AKU – Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Komfortschutz

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 (GKV) versichert sind.

Versicherungsleistungen

1. Medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOA) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattung von Aufwendungen setzt voraus, dass die versicherte Person bei ihrer Krankenkasse anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wählt. Wird Kostenerstattung nicht gewählt oder werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV nur deshalb keine Leistung, weil ein Arzt 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.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

1.1 Ärztliche Heilbehandlung. Als Arzt gilt auch ein Arzt für Naturheilverfahren.

Aufwendungen für Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sind nicht erstattungsfähig.

1.2 Arznei- und Verbandmittel. Als Arzneimittel gelten auch homöopathische Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt verordnet wurden und heiltwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel (ausgenommen bei Schwangerschaft oder bei einem durch eine Grunderkrankung – z.B. Enzymmangelerkrankung, Mukoviszidose – bedingten Vitamin- oder Mineralstoffmangel) und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badzusätze, Kosmetika, Antikonzepiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

1.3 Heilmittel, die von Ärzten oder Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden nach beilegendem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs AGU/AKU für Heilmittel.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für osteopathische Behandlungen bis zu sechs Sitzungen je Versicherungsjahr mit maximal 60 € pro Sitzung. Voraussetzung ist, dass die Behandlung aufgrund ärztlicher Veranlassung durch Angehörige der Heilfachberufe (z.B. Physiotherapeut) durchgeführt wird, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband berechtigt.

1.4 Sehhilfen und operative Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit.

Sehhilfen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Die Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe bei einem Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Operative Maßnahmen: Maßnahmen zur Korrektur von Fehlsichtigkeit, z.B. durch LASIK (Laser in situ Keratomileusis), sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro je Auge erstattungsfähig, sofern die Sehschwäche nicht durch eine andere Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) ausgeglichen werden kann. Der Nachweis, dass diese Voraussetzung vorliegt, ist vom Versicherungsnehmer zu erbringen.

1.5 Medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Hilfsmittel sind über den Vertragspartner der Krankenkasse zu beziehen. Von der GKV nicht übernommene Aufwendungen (Mehrkosten) werden zu 100% ersetzt. Kann ein Hilfsmittel nicht über die Krankenkasse bezogen werden oder beteiligt sich die GKV nicht an den Kosten, werden die Aufwendungen ersetzt, wenn das Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer beschafft und zur Verfügung gestellt wird oder das Hilfsmittel nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers beschafft wird.

1.6 Ambulante und häusliche Entbindungen, soweit es sich um die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Hebammie/des Entbindungsgebers handelt und diese im Rahmen der dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen.

1.7 Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus, sofern ein Notfall vorliegt, sowie bei Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie.

1.8 Häusliche Krankenpflege (dies sind medizinische Leistungen von Pflegekräften nach Anweisung des Arztes, wie z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) außer für hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V. Die Satzungsregelungen der Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege gelten entsprechend.

1.9 Schutzimpfungen nach dem jeweils aktuellen Impfkalender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. Ausgenommen sind Impfungen, die durch Reisen, Beruf oder Freizeitgewohnheiten erforderlich waren.

1.10 Vorsorgeuntersuchungen, soweit es sich um medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten handelt.

2. Ambulante Psychotherapie

Erstattungsfähig nach Abzug der Vorleistung der GKV sind 80 % der verbleibenden Aufwendungen für Psychotherapie. Ersetzt werden ambulante psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen der Höchstsätze der jeweils gültigen GOA bzw. GOP durch einen niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Psychoanalyse bzw. Verhaltenstherapie sowie einen im Arztreister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen, psychologischen Psychotherapeuten, bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erbringt die GKV keine Leistung, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

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.

Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes AKU haben, passt der Versicherer die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 MB/KK den veränderten Verhältnissen an. Der Versicherer passt nach Maßgabe von § 18 MB/KK auch tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen oder das dem Tarif beiliegende Preis- und Leistungsverzeichnis an die Preisentwicklung an.

Beiträge

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

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

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) V - Auszug:

§ 13 Kostenerstattung

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.

§ 37 Häusliche Krankenpflege

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

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege,

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

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

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

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

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

§ 53 Wahltarife

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

Besondere Vereinbarung zu Teil III Tarif AKU

gültig nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif AKU Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

1. Zusatzversicherung für ambulante Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Tarif AKU zum Risikobetrag

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

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und die zwischen 21 und 45 Jahre alt sind.

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

3. Altersgruppen

Die Festlegung des Risikobetrages erfolgt über nachstehende Altersgruppen:

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

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

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

4.1. Vollendet die versicherte Person das 45. Lebensjahr, wird das Versicherungsverhältnis zum 01.01. des Folgejahres auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.

4.2. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der von der Umstellung betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Umstellung rückwirkend zum Umstellungszeitpunkt kündigen.

4.3. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird das Versicherungsverhältnis bereits vor Vollendung des 45. Lebensjahres, frühestens aber zum 1. des nächsten, auf die Antragstellung folgenden Monats auf den dann geltenden Beitrag mit Alterungsrückstellung umgestellt und der Beitrag unter Berücksichtigung des dann erreichten Eintrittsalters neu festgesetzt.

Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife AGU und AKU für Heilmittel

Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge.
Die Erstattung ist auf den jeweils maßgeblichen, tariflich erstattungsfähigen prozentualen Höchstbetrag begrenzt.

Nummer	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag €
I. Inhalation		
001	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhala-	6,70
002	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70
003	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
004	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
005	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
006	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollen- dung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung, Mindestbe- handlungsdauer 45 Minuten	34,30
007	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmerin oder Teilneh- mer	6,20
008	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80
009	Krankengymnastik (Atemtherapie)	
	a) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungs- dauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80
010	Bewegungsübungen	7,70
011	a) Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
	b) Krankengymnastik / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilneh- merin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
012	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
013	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
014	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
015	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT), Je Sitzung für eine parallele Einzelbehand- lung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
016	Extensionsbehandlung (z. B. Glissenschlinge)	5,20
017	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
018	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Seg- ment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
019	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
020	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregat- leistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturregulierung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
021	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
022	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	* Teilepackung	20,50
	* Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp)	14,90
	– einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	c) Kaltpackung (Teilepackung)	7,70
	– Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkomprese	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
023	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10

Nummer	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag €
024	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30 20,00
025	a) Wechsel- Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) Wechsel- Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20 13,30
026	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
027	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80 39,90
028	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – a) Teilbad b) Vollbad	28,70 32,80
029	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
030	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – d) weitere Zusätze, je Zusatz	6,70 13,30 18,50 3,10
031	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	19,50 22,50 21,00 18,50 3,10
Aufwendungen für andere als die hier aufgeführten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30 Buchstabe a bis c und 31 Buchstabe b angegebenen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d erstattungsfähig.		
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
032	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	9,80 6,70
033	Eisteilbad	9,80
034	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
035	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
036	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
037	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
038	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
039	Iontophorese	6,20
040	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
041	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
VII. Lichttherapie		
042	Behandlung mit Ultraviolettlicht a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,10 2,60
043	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
044	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
045	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
046	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und –besprechungen, einmal je Behandlungsfall b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	31,70 49,60 11,80
047	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 41,50 52,20
048	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 17,40

Nummer	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag €
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
049	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
050	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
051	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
052	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70
X. Podologie		
053	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
054	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
055	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
056	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
057	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautbearbeitung und Nagelbearbeitung)	26,10
058	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautbearbeitung und Nagelbearbeitung)	14,50
059	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
060	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 abrechenbar), je Person	3,50
XI. Sonstiges		
061	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
0,62	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	

Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBVU/SBZU)

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

1. Abschlussfähigkeit

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

2. Gegenstand

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

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

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

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

3. Höchstmöglicher Umfang des Grundnachlasses und der Beitragsermäßigung

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

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

4. Änderung des Grundnachlasses

4.1 Erhöhung des Grundnachlasses

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

4.2 Verminderung des Grundnachlasses

Eine Verminderung des Grundnachlasses ist vor Wirksamwerden der Beitragsermäßigung möglich.

4.3 Beendigung der SBVU/SBZU

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

Die SBVU/SBZU endet mit der Krankheitskostenversicherung.

5. Monatlicher Mehrbeitrag für die SBVU/SBZU

Auf Grund der Vereinbarung der SBVU/SBZU wird in der Krankheitskostenversicherung ein Mehrbeitrag erhoben.

Der monatlich zu zahlende Mehrbeitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Als „Alter bei Beginn der Sonderbedingungen“ gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Beginns der SBVU/SBZU und dem Geburtsjahr.

6. Beitragsberechnung

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

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

7. Beitragsanpassung

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

Teil III Tarif OPTU

Optionsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

1. Optionsversicherung nach Tarif OPTU zum Risikobeurteil

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

2. Versicherungsfähigkeit

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

3. Versicherte Option

3.1. Inhalt des Optionsrechtes

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

3.2. Umfang der versicherten Option

Das Optionsrecht umfasst eine Umstellung

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

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

4. Ausübung des Optionsrechtes

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

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

4.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

- a) Für eine freiwillig in der GKV versicherte Person kann der Versicherungsnehmer das Optionsrecht jeweils zum 01. Januar nach Ablauf des 3. oder des 5. Versicherungsjahres (Umstellungszeitpunkte) ausüben. Die Ausübung dieses Rechtes ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor dem Umstellungszeitpunkt in Textform zu erklären.
 - b) Wird eine freiwillig in der GKV versicherte Person vor Ablauf des 5. Versicherungsjahrs wieder krankenversicherungspflichtig oder familienversichert, erfolgt die Ausübung des Optionsrechtes nach Maßgabe von Ziff. 4.1. In diesem Fall endet das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der bereits zurückgelegten Versicherungszeit spätestens mit Ablauf des 10. Versicherungsjahrs (siehe unten Ziff. 5.1. a)).
- 4.3. Wird das Optionsrecht nicht oder nicht rechtzeitig ausgeübt, entfallen die durch die Optionsversicherung erworbenen Rechte.

4.4. Beitragsberechnung zum Zeitpunkt der Umstellung

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

5. Beendigung des Versicherungsverhältnisses

- 5.1. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person
 - a) bei pflichtversicherten Mitgliedern und Personen mit Anspruch auf Familienversicherung in der GKV zu dem Zeitpunkt, in dem ihre Versicherungspflicht endet oder der Anspruch auf Familienversicherung entfällt, spätestens jedoch mit Ablauf des 10. Versicherungsjahrs,
 - b) bei freiwillig versicherten Mitgliedern in der GKV zum Zeitpunkt der Umstellung des Versicherungsverhältnisses durch Ausübung des Optionsrechtes oder mit Ablauf des 5. Versicherungsjahrs, ferner mit Beendigung der freiwilligen Versicherung in der GKV. Ziff. 4.2. b) bleibt unberührt.
- 5.2. Im Übrigen gelten die Regelungen zum Ende der Versicherung nach Maßgabe der AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft.
- 5.3. Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zu stehende ordentliche Kündigungsrecht.

6. Umstellung bei Ablauf der Höchstversicherungsdauer

- 6.1. Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person durch Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 10 (siehe oben Ziff. 5.1. a)) bzw. 5 Jahren (siehe oben Ziff. 5.1. b)), kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Umstellung des Versicherungsverhältnisses in verkaufsoffene Tarife der Krankheitskostenzusatzversicherung, die der versicherten Person offen stehen, ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten verlangen. Dies gilt nicht für Krankenhaustagegeld- und Pflegetagegeldtarife.
- 6.2. Der Umstellungsanspruch nach Ziff. 6.1. erstreckt sich auch auf Tarife der Krankentagegeldversicherung mit einem Beginn der Leistungspflicht frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit und einem Höchstsatz von 25 €/Tag.
- 6.3. Die Umstellung des Versicherungsverhältnisses ist dem Versicherer gegenüber spätestens einen Monat vor Ablauf der Höchstversicherungsdauer in Textform zu erklären.
- 6.4. Zum Zeitpunkt der Umstellung wird das dann erreichte Alter der versicherten Person bei der Berechnung der Beiträge für die Tarife, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, zugrunde gelegt. Soweit bei Abschluss der Optionsversicherung ein Risikoauschlag für eine oder mehrere vom Optionsrecht nach Ziff. 3.2. umfasste Tarifarten vereinbart wurde, wird dieser ab dem Zeitpunkt der Umstellung entsprechend in den Tarifen der Krankheitskostenzusatzversicherung, in die das Versicherungsverhältnis umgestellt werden soll, erhoben.

7. Obliegenheiten

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

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

7.2. Freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV

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

8. Beiträge

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung

Gültig ab 1. Januar 2018

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) §§ 1-18

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen 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 einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch 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.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

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

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

zu § 1 Aufnahmefähigkeit

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

zu § 1 (7) Versicherungsschutz im Ausland

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

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderen-

weitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

zu § 2 Versicherungsjahr

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

zu § 2 Vertragsänderungen

Erhöht sich das berufliche Nettoeinkommen oder verkürzt sich bei Arbeitnehmern der Entgeltfortzahlungszeitraum, nimmt der Versicherer Anträge auf eine der Erhöhung des Einkommens entsprechende Anpassung des Tagesatzes oder eine Anpassung der Karentzeit ohne erneute Risikoprüfung an, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Änderung der Umstände zum nächsten Monatsersten gestellt werden. Die Änderung der Umstände ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

Bei Arbeitnehmern mit einer vereinbarten Karentzeit von mehr als sechs Wochen nimmt der Versicherer Anträge auf eine Herabsetzung der Karentzeit auf bis zu 42 Tage ohne Risikoprüfung an, wenn die Aufnahme einer Selbstständigen Tätigkeit im bisher ausgeübten Beruf erfolgt und der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme der Selbstständigen Tätigkeit zum nächsten Monatsersten gestellt wird.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

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

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

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

zu § 3 (1) Wartezeiten neben einer bestehenden Krankheitskostenversicherung

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

zu § 3 (3) Verzicht auf besondere Wartezeiten

Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfällen.

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

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

rungsschutz mit den bedingungsgemäßen Wartezeiten.

zu § 3 (6) Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

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

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

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntnisserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntnisserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntnisserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntnisserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

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

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

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

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

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankanstanlagen, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) 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, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), 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 (2) Mindestkarenzzeit

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

zu § 4 (2), (3) und (4) Versicherbares Nettoeinkommen/Nachweise

Bei Arbeitnehmern sind 80% des regelmäßigen Bruttoentgelts als Nettoeinkommen versicherbar.

Bei Selbstständigen und Freiberuflern sind 80% des Gewinns vor Steuern gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz aus der angegebenen Tätigkeit als Nettoeinkommen versicherbar.

Wenn das Nettoeinkommen bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht ermittelt werden kann, so tritt an dessen Stelle bis zum Wirksamwerden des ersten Einkommensteuerbescheides ein jeweils bei Ver-

tragsbeginn vereinbarter Betrag.

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

Das Nettoeinkommen bei Abschluss des Vertrages und während der Vertragslaufzeit sowie die Dauer der Gehaltsfortzahlung und deren Veränderungen sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

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

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, eine nicht nur vorübergehende Verlängerung des Zeitraums, für den bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Gehaltsfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht, unverzüglich mitzuteilen.

Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit über die bei Vertragsabschluss oder später vereinbarte KARENZzeit hinaus gezahlt wird, ist er berechtigt, unabhängig davon, ob der Versicherungsfall eingetreten ist, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des Folgemonats auf einen Tarif mit entsprechend langer KARENZzeit umzustellen. Die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit wird bis zum Zeitpunkt der Umstellung nicht berührt.

zu § 4 (7) Kosten der Nachweise

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen vor Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

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

zu § 5 (1) b) Entziehungsmaßnahmen

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

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

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

zu § 5 (1) d) Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft

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

zu § 5 (1) g) Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

zu § 6 (1) Auszahlung des Krankentagegeldes

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

zu § 6 (4) Inlandskonto

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragsszahlung

(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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahrs nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

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

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

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

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

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

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

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

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

zu § 8 (1) Beitragsrate

Die Festsetzung der Beiträge richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der zu versichernden Person; 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.

zu § 8 (2) Skonto

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

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- 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 Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in 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 Vertragsänderungen 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 häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundersatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

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

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

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

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich 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).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

(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.

Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer bis zum Ablauf der Karenzzeit unter Angabe der Diagnose und der voraussichtlichen Dauer anzugeben. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen, mindestens aber in 14tägigen Abständen, nachzuweisen.

zu § 9 (2) Nachweise

Dem Versicherer sind auf Verlangen die Nachweise vorzulegen, aus denen sich die Begründung für die Höhe des Krankentagegeldes ergibt.

Wird Berufsunfähigkeits-, Erwerbsminderungs- oder Altersrente beantragt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

zu § 9 (3) Frist für die Untersuchung

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(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 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

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

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

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

(3) Wird eine versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung 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 Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmeldung 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 zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

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

zu § 13 (3) Mutterschutz und Elternzeit

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

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

(Siehe Besondere Bedingungen für das Ruhens der Krankenversicherung)
Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhens der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten für alle oder einzelne mitversicherte Personen vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit oder vorübergehend Krankenversicherungspflicht besteht, für eine versicherte Person vorübergehend kraft Gesetzes Anspruch auf Familienversicherung oder infolge vorübergehenden Wehr-, Zivil-, Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienstes Anspruch auf Heilfürsorge besteht. Diese Regelung findet auch Anwendung im Hinblick auf die vorstehende Tarifbedingung (Mutterschutz und Elternzeit). Bei Ableistung des Zivildienstes kann eine solche Vereinbarung für die Dauer des Zivildienstes, bei Ableistung der Wehrpflicht für die Dauer des Grundwehrdienstes oder der Wehrübung getroffen werden.

In unmittelbarem Anschluss an die 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 (zur Anwartschaftsversicherung vgl. auch unten § 15).

Nach Beendigung der Ruhenszeit werden auch für Versicherungsfälle, die während der Ruhenszeit eingetreten sind, Tagegelder gezahlt, soweit noch tarifliche Ansprüche bestehen.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

zu § 14 (1) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahrs. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahrs vereinbart ist, hat die versicherte Person

- das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
- d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

zu § 15 Wechsel der beruflichen Tätigkeit

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

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

Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalls berufsunfähig oder arbeitslos, ohne Anspruch auf gesetzliche Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens mit Ablauf des sechsten Monats nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit.

Eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 (1) b) liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung festgestellt hat.

Das Ende des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitslosigkeit setzt voraus, dass die versicherte Person eine neue Tätigkeit als Arbeitnehmer nicht mehr aufnehmen will oder aufgrund objektiver Umstände festgestellt werden kann, dass die Arbeitssuche trotz ernsthafter Bemühungen ohne Erfolg bleiben wird.

zu § 15 (1) b) und (2) Anwartschaft

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Eintritt der Berufsunfähigkeit, wegen Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder wegen Arbeitslosigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer dieser Ereignisse hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist

innerhalb von zwei Monaten seit Beginn bzw. Eintritt des Ereignisses, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Das Recht, einen gekündigten Vertrag nach Maßgabe von § 15 Abs. 2 in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, bleibt unberührt.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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 dem 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.

Teil III Tarif KTU – 1. Januar 2018

(Krankentagegeldversicherung für Selbstständige und Arbeitnehmer)

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

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind

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

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

Versichertes Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 EUR täglich vereinbart werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 EUR.

Das vereinbarte Krankentagegeld wird für jeden Tag der 100%igen, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 1 (3) MB/KT 2009) gezahlt.

Erweitertes Wechselrecht bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit

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

Teilarbeitsunfähigkeit

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

Rehabilitationsmaßnahmen

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

Schwangerschaft

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

Entbindungspauschale

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

Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt

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

der Arbeitsunfähigkeit oder der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und der Entbindung.

Die Vereinbarung von abweichenden, der individuellen Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers angepassten Karenzzeit ist möglich. Hierbei wird, ausgehend von den Beiträgen in der Tarifstufe mit der nächst kürzeren Karenzzeit, ein entsprechend höheres Krankentagegeld gezahlt. Die erhöhten Krankentagegelder sind mit den anderen Karenzzeiten in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt und werden im Versicherungsschein ausgewiesen.

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

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit, Unfallfolge oder die Mutterschutzzeiten (entsprechend § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz) bzw. die Entbindung ein, gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

Beendigung der Krankentagegeldversicherung

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

Beiträge

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

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

Teil III Tarif KTSU – Gültig ab 1. Januar 2018

(Krankentagegeldversicherung für Selbstständige)

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

Versicherungsfähigkeit

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

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

Versichertes Krankentagegeld

Das Krankentagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestkrankentagegeld beträgt 10 Euro.

Das vereinbarte Krankentagegeld wird für jeden Tag der 100 %igen, ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 1 (3) MB/KT 2009) gezahlt.

Teilarbeitsunfähigkeit

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

Rehabilitationsmaßnahmen

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

Schwangerschaft

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

Entbindungs паuschale

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

Beginn der Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder der Schutzfristen nach § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz und der Entbindung.

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

Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit, Unfallfolge oder die Mutterschutzzeiten (entsprechend § 3 (1) und (2) Mutterschutzgesetz bzw. die Entbindung ein, gilt hierfür keine neue Karenzzeit.

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

Nicht anrechenbar auf die verkürzte Karenzzeit sind:

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

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

Beendigung der Krankentagegeldversicherung

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

Beiträge

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

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung: Gültig ab 1. März 2018

Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) § 1 - 19

Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft – für Tarife PTPU und PTKU

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland 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 einen 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 ver einbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) 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.

zu § 1 (5) 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 (5) Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz in der Pflegetagegeldversicherung besteht weltweit. Unsere vertraglichen Leistungen erbringen wir unabhängig davon, wo die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz hat oder wo die versicherte Person Pflegeleistungen in Anspruch nimmt.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

- Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
- Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten

der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

- Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte): geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte): erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte): schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
- Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte): schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes des Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

zu § 1a (1) Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Ausland

Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit finden grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person statt. Sofern durch die Untersuchungen Mehrkosten entstehen, sind diese gesamtschuldnerisch vom Versicherungsnehmer und von der versicherten Person zu tragen.

Mehrkosten sind die Kosten, die höher sind als jene Kosten, die für eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt oder den von uns beauftragten medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung innerhalb Deutschlands entstanden wären.

§ 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 der Wartezeit. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in die Wartezeit 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 Wartezeit 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 erhö-

tes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

zu § 2 (1) Versicherungsjahr

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

zu § 2 (2) Versicherungsschutz bei Neugeborenen

Zusätzlich zu Abs. 2 Satz 1 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

zu § 3 Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) 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 eingeholt hat. Wenn der Auskunftsantrag 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 Versicherungsfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
- c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5 solange sich versicherte Personen im Ausland aufzuhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
- d) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;
- e) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 schwert, besteht keine Leistungspflicht nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;
- f) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

zu § 5 (1) a) Kriegereignisse

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse im Ausland verursacht worden sind, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für das betroffene Land eine Reisewarnung ausgesprochen hat.

zu § 5 (1) b) Vorsatz oder Sucht

Beruht die Pflegebedürftigkeit auf Vorsatz oder ist die Pflegebedürftigkeit als Folge einer Suchterkrankung eingetreten, so bleibt die Leistungspflicht bestehen.

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

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) d) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

zu § 5 (1) e) Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grund

Die Leistungseinschränkung nach § 5 (1) e) entfällt bei der Pflegetagegeldversicherung.

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

Die Pflegetagegeldversicherung sieht hierfür keine Leistungen vor.

zu § 5 (3)

Dieser Hinweis gilt nicht für die Pflegetagegeldversicherung.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

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

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

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

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

zu § 6 (1) Anspruch auf Leistungen

Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn der Leistungen in der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung in Textform nachgewiesen werden.

zu § 6 (2) Nachweise

Für Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ist das für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstellte Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung maßgeblich.

Wird kein für die soziale Pflege- oder private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten sowie die Leistungszusage der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung vorgelegt, kann die Feststellung durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt herangezogen werden. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder die Leistungen einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Kosten der genannten Untersuchungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Kann die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrads nicht im Rahmen der Pflegepflichtversicherung erfolgen, z.B. weil die versicherte Person nicht mehr in der deutschen Pflegekasse oder deutschen PKV versichert ist oder weil sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt hat, werden wir einen unabhängigen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit nach den Begutachtungsverfahren des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt. Der Versicherer ist berechtigt, in begründeten Einzelfällen eine Begutachtung nach Aktenlage durchführen zu lassen.

zu § 6 (6) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist kostenfrei, sofern die Leistungen auf ein vom Versicherungsnehmer angegebenes Inlandskonto erfolgt. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Nachweisen können von den Leistungen abgezogen 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 Versicherungsjahrs 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 Versicherungsjahrs neu festgesetzt, so ist der Unterschieds-

betrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

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

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

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

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

zu § 8 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Der Versicherer bildet nach der jeweils gültigen Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KAVV) eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

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

1. Beitragsrückerstattung,
2. Leistungserhöhung,
3. Beitragssenkung,
4. Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen,
5. in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes.

Die Art und den Zeitpunkt der Verwendung sowie die dafür bestimmten Beiträge 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 bzw. Jugendliche (Eintrittsalter 0 - 20) sind vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, die monatlichen Beitragsraten für das Eintrittsalter 21 zu zahlen.

zu § 8 (3) Fälligkeit des Erstbeitrags

- a) Die erste Beitragsrate gilt bis zum Eingang der Lastschrift beim Geldinstitut als gestundet.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Abschluss des 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.

§ 8 a Beitragsberechnung

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

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 Vertragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikoziuschläge 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.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten 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 Risikoziuschlag entsprechend geändert werden.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zugrunde gelegt.

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

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

zu § 8 b (1) Beitragsanpassung

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

Ergibt sich bei den Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Als Beobachtungseinheiten kommen grundsätzlich 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).

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich – spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist – durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzugeben.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzugeben jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richtlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) [und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d].

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

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

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

zu § 9 (1) Meldefrist bei Pflegebedürftigkeit

Es gilt keine Anzeigefrist bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

zu § 9 (2) Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles bei der Pflegetagegeldversicherung

Die Anzeigepflicht nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Absatz 2 besteht bei der Pflegetagegeldversicherung ausschließlich für den Beginn und das Ende einer vollstationären Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

zu § 9 (6) Anderweitig bestehende Versicherungen neben der Pflegetagegeldversicherung

Neben der Pflegetagegeldversicherung darf der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an ge-

zahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

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

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

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8 b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 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 Beitrags erhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

zu § 13 Anwartschaftsversicherung

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

zu § 13 Ruhener 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 Abs. 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 Wiederkrafttreten der ursprünglichen Versicherung fallen.

zu § 13 (1) Vertragsdauer

Der Vertrag wird für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen. Bei Umstüfungen 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 in Textform kündigt.

zu § 13 (6) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate nach Kündigung beim Versicherer einzugehen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

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

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragsszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragsszuschlag verlangen.

zu § 15 (1) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

Neben der Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ist dessen Verpflichtungserklärung zur Fortsetzung des Versicherungsvertrages als Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

Die bezeichneten Erklärungen haben innerhalb dreier Monate ab dem Todestag des Versicherungsnehmers beim Versicherer einzugehen.

zu § 15 (4) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts

Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person endet nicht mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland. Hinsichtlich der Kostenregelung für die zu erbringenden Nachweise gelten zu § 6 (2) Nachweise, 1. und 3. Absatz entsprechend.

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 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.

§ 19 Überleitungsregel für Leistungsbezieher

(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßige wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von dejenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)**§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzurordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Bundesversorgungsgesetz**§ 35 Pflegezulage**

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 293 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitssituation so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 500, 711, 912, 1.185 oder 1.457 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten

für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

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

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

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

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

Versicherungsvertragsgesetz**§ 14 Fälligkeit der Geldleistung**

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

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

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligation 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 bezeichnet 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 infogedessen 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.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 37 Häusliche Krankenpflege

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

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

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

(2a) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

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

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

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

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

Teil III Tarif PTPU Pflegetagegeldversicherung: Gültig ab 1. März 2018

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft – für Tarife PTPU und PTKU

1. Versicherungsleistungen

1.1 Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 Euro.

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

für Pflegegrad 5	100 %
für Pflegegrad 4	85 %
für Pflegegrad 3	65 %
für Pflegegrad 2	40 %
für Pflegegrad 1	5 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (1) und (3) AVB Teil I) gezahlt.

1.3 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird bei vollstationärer Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

für Pflegegrad 5	100 %
für Pflegegrad 4	100 %
für Pflegegrad 3	100 %
für Pflegegrad 2	100 %
für Pflegegrad 1	5 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

1.4 Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztagig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilnahme am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

1.5 Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum die Leistungen nach Ziffer 1.2 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

2.1 Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 2 bis 5 nach Vertragsabschluss ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

2.2 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Einmalzahlung bei Pflegebedürftigkeit

Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 2 bis 5 erstmalig nach Vertragsabschluss ein, wird zusätzlich zum Pflegetagegeld eine Einmalzahlung in Höhe des 30fachen des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4. Besonderes Umstellungsrecht

4.1 Jede versicherte Person hat das Recht, die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Tarif PTPU in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen Pflege- oder privaten Pflegepflichtversicherung ohne Risikoprüfung zu verlangen. Voraussetzung ist, dass

- der Versicherer in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen neue, nicht gleichartige Tarife eingeführt hat und
- die Höhe des bisherigen, versicherten Tagessatzes beibehalten wird.

4.2 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 2 bis 5 eingetreten ist.

4.3 Die Umstellung kann nur innerhalb von drei Monaten, nachdem der Versicherungsnehmer vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifes informiert wurde, erfolgen.

5. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

5.1 Das Pflegetagegeld wird für versicherte Personen jährlich zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn um 4% erhöht.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

5.2 Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Erhöhungsmittelung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, längstens innerhalb eines Monats nach der Erhöhung.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Erhöhung, wird die Erhöhung im folgenden Jahr fortgeführt.

Erst wenn in zwei aufeinander folgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung.

Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

5.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung.

6. Besondere Erhöhung des Pflegetagegeldes

6.1 Stirbt nach Beginn des Versicherungsschutzes einer versicherten Person deren Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung um 20 % erhöhen. Dasselbe gilt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person pflegebedürftig wird.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

6.2 Das Recht auf Erhöhung besteht, sofern die Ereignisse nach Ziffer 6.1 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person eintreten und der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 zum nächsten Monatsersten gestellt wird. Der Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 6.1 ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

6.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

6.4 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der versicherten Person bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

7. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

8. Beiträge

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

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. zu § 8 a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

Teil III Tarif PTKU Pflegetagegeldversicherung: Gültig ab 1. März 2018

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft – für Tarife PTPU und PTKU

1. Versicherungsleistungen

1.1 Das Pflegetagegeld kann in Stufen von 5 Euro täglich vereinbart werden. Das Mindestpflegetagegeld beträgt 10 Euro.

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

für Pflegegrad 5	100 %
für Pflegegrad 4	75 %
für Pflegegrad 3	50 %
für Pflegegrad 2	25 %
für Pflegegrad 1	5 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes (vgl. § 1 (1) und (3) AVB Teil I) gezahlt.

1.3 Bei bestehender Pflegebedürftigkeit wird bei vollstationärer Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

für Pflegegrad 5	100 %
für Pflegegrad 4	100 %
für Pflegegrad 3	100 %
für Pflegegrad 2	25 %
für Pflegegrad 1	5 %

des vereinbarten Pflegetagegeldes gezahlt.

1.4 Vollstationäre Pflege liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen liegt vor, wenn die versicherte Person in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) gepflegt wird, in denen die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztagig untergebracht und verpflegt werden können.

Keine stationären Pflegeeinrichtungen sind stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilnahme am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft oder die schulische Ausbildung im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser.

1.5. Die vorübergehende Abwesenheit während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbefindungen und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung unterbricht die vollstationäre Pflege oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht, solange der Pflegeplatz der versicherten Person freigehalten wird.

Auf Verlangen des Versicherers ist das Freihalten des Pflegeplatzes für die versicherte Person nachzuweisen. Wird kein Nachweis erbracht, werden für den entsprechenden Zeitraum die Leistungen nach Ziffer 1.2 erbracht.

2. Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit nach Vertragsabschluss

2.1 Tritt bei einer versicherten Person Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 5 nach Vertragsabschluss ein, wird der Tarif für diese Person bis zum Wegfall der Pflegebedürftigkeit beitragsfrei gestellt.

2.2 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Sie endet zum Letzten des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

3. Dynamische Erhöhung des Pflegetagegeldes

3.1 Das Pflegetagegeld wird für versicherte Personen jährlich zum 01.07. um 2 % erhöht. Die Erhöhung findet erstmals in dem Kalenderjahr, das auf den Versicherungsbeginn folgt, statt.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

3.2 Der Versicherungsnehmer kann hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Erhöhungsmittelung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung widersprechen, längstens innerhalb eines Monats nach der Erhöhung.

Widerspricht der Versicherungsnehmer einer Erhöhung, wird die Erhöhung im folgenden Jahr fortgeführt.

Erst wenn in zwei aufeinander folgenden Jahren der Erhöhung widersprochen wird, erlischt der Anspruch auf Erhöhung ohne Gesundheitsprüfung. Eine erneute Teilnahme kann zugelassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

3.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Gesundheitsprüfung.

4. Besondere Erhöhung des Pflegetagegeldes

4.1 Stirbt nach Beginn des Versicherungsschutzes einer versicherten Person deren Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Pflegetagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung um 20 % erhöhen. Dasselbe gilt, wenn der Ehegatte oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der versicherten Person pflegebedürftig wird.

Die Erhöhung wird auf den nächsten Euro aufgerundet und beträgt mindestens 1 Euro.

4.2 Das Recht auf Erhöhung besteht, sofern die Ereignisse nach Ziffer 4.1 bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person eintreten und der Antrag auf Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 4.1 zum nächsten Monatsbeginn gestellt wird. Der Eintritt der Ereignisse nach Ziffer 4.1 ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

4.3 Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Erhöhung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Erhöhung bestehen, es entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung.

4.4 Dieses Recht ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der versicherten Person bereits Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

5. Kündigungsrecht des Versicherers

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

6. Beiträge

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

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. zu § 8a (2) AVB). Kinder bzw. Jugendliche (Altersgruppe 0 - 20) zahlen ab Alter 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. zu § 8 a (2) AVB).

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 2017) 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 2017 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) Ruhensversicherung für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017), 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 erworbeiner 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 2017) 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 Pflegetätigkeit 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 anzugeben 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 Monatsbeginn 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.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RK): Gültig ab 1. Januar 2017

§ 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von einem Monat in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Das erste Versicherungsjahr endet, wenn es nicht am 1. eines Monats beginnt, im Folgejahr mit Ablauf des Vormonats des Versicherungsbeginns. In diesem Fall wird der Jahresbeitrag nur zeitanteilig erhoben. Die folgenden Versicherungsjahre enden jeweils nach einem Jahr.

§ 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternommen werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, bleibt der Versicherungsschutz nur bei ungekündigtem Vertragsverhältnis bestehen (vgl. § 3 Abs. 1).

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine Nachmeldung bei dem Versicherer eingeht.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwedende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(5) Muss der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Abläufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

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

- a) ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulante Operationen, Assistenz und Narkose sowie Röntgendiagnostik),
- b) Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzepiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
- c) medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihre ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese infolge einer Krankheit oder eines Unfalls erstmals erforderlich werden und der direkten Behandlung der Krankheits- oder Unfallfolgen dienen, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten,
- d) stationäre Behandlung einschließlich Operationen, Operationsnebenkosten, Röntgendiagnostik sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus,
- e) medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt,
- f) medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- g) Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes Kind bis zur Vollendung des 12. Lebensjahrs stationär behandelt werden muss.
- h) Kinderbetreuung mitreisender versicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder Tod daran gehindert sind, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht zur Verfügung steht. Die Kosten übernehmen wir für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Kindes.
- i) schmerzstillende konservierende Zahnbearbeitung und damit in Verbindung stehende notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz und Prothesen,
- j) einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
- k) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes vom Sterbeort an deren letzten ständigen Wohnort. Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.
- (6) 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.
- (7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:

- a) Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
- b) Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
- c) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird.
- d) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z.B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind,

- e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnsbehandlungen,
- f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose,
- g) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung,
- h) Neuanfertigung von Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Brücken, Prothesen), Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen,
- i) sonstige Hilfsmittel, soweit nicht nach § 5 Abs. 5 c) geleistet wird,
- j) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
- k) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet,
- l) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

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

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften bzw. -zweitschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Nachweisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.

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

(5) Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Versicherungsnehmer oder dem Empfangsberechtigten (vgl. Abs. 4) kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Bei Überweisung in das Ausland werden die Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.

(6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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.

§ 8 Abtretung und Aufrechnung

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

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

§ 9 Beiträge; Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und gilt für ein Versicherungsjahr (vgl. § 3 Abs. 2). Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn zu zahlen. Der jeweilige Folgebeitrag ist zu Beginn eines jeden Verlängerungsjahrs zu zahlen.

(2) Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn sie bei Fälligkeit unverzüglich erfolgt und bei der vom Versicherer angegebenen Stelle eingeht. Bei Lastschriftverfahren ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit vom Versicherer eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

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

und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(4) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Festsetzung des Beitrages richtet sich nach dem Alter der zu versichernden Person. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr.

(5) Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet. Bis zum Alter 70 Jahre ist der Beitrag der Altersgruppe 0-70 Jahre zu entrichten. Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Der zwischen diesem Zeitpunkt und dem Beginn des nächsten Versicherungsjahrs fällige erhöhte Beitrag wird für den Rest des laufenden Versicherungsjahrs zeitanteilig zu Beginn des Kalenderjahres erhoben.

(6) Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

(7) Erhöht sich der Beitrag für eine versicherte Person durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters (Abs. 5), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, § 205 Abs. 3 VVG (siehe Anhang).

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. 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 bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 10 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise geltend gemacht werden. Beginn und Ende der Reise sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer auf dessen Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten einzuholen und diese gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

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

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

(6) Jede Krankenhausbehandlung ist dem Versicherer unverzüglich anzuziehen und ein anstehender Rücktransport vor seiner Durchführung mit dem Versicherer abzusprechen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Wird eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet das Versicherungsverhältnis. Bei Wegzug einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(3) Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen nach Maßgabe des § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod oder der Kündigung des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstände

(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 Versicherer anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozeßordnung (ZPO).

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen; Beitragserhöhung

Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge, auch für den Bestand, zum Beginn eines neuen Versicherungsjahrs mit einer Frist von einem Monat zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahrs zu ändern. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKF Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKF)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RK (AVB RK) mit folgenden Abänderungen:

1. Zusätzlich zu § 2 AVB RK gilt:

Sofern im Antrag/Versicherungsschein namentlich als versicherte Person aufgeführt, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer sowie dessen Familienangehörige.

Als Familienangehörige gelten der Ehepartner des Versicherungsnehmers, der Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wurde.

Nach Vertragsschluss hinzu kommende Familienangehörige sind erst ab dem Zeitpunkt versichert, in dem eine Nachmeldung bei dem Versicherer eingegangen ist.

2. Abweichend von § 9 AVB RK gilt:

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet.

Der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger wird unabhängig von der Anzahl der Familienangehörigen einheitlich berechnet, sofern der Versicherungsnehmer das Eintrittsalter von 70 Jahren nicht überschreitet.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr für jede versicherte Person vollendet wird, ist für die versicherte Person der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Der zwischen diesem Zeitpunkt und dem Beginn des nächsten Versicherungsjahrs fällige erhöhte Beitrag wird für den Rest des laufenden Versicherungsjahres zeitanteilig zu Beginn des Kalenderjahres erhoben.

Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt 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 nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beffert 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 Leis-

tung 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 Schweren des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämiererhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

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

§ 215 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Abs. 2 der Zivilprozeßordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKM

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKM): Gültig ab 1. Januar 2017

§ 1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Bundesrepublik Deutschland) wohnenden Personen.

§ 2 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für im Ausland eingetretene Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbare Leistungen. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat sowie die Bundesrepublik Deutschland.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person im Ausland wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten, notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und der Tod.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, tritt insoweit ein neuer Versicherungsfall ein.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und diesen Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 3 Dauer des Versicherungsverhältnisses; Kündigung

(1) Das Versicherungsverhältnis wird vor Antritt der Reise für die Dauer von zwei Jahren (zur Dauer des 1. Versicherungsjahres siehe unten Abs. 2) abgeschlossen. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn es nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs mit einer Frist von drei Monaten in Textform gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahrs. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch.

§ 4 Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Zahlung des ersten Beitrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

(2) Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahrs unternommen werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthalts darf dabei jedoch einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 6 Wochen hinaus endet der Versicherungsschutz mit dem Ablauf der 6. Woche des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, bleibt der Versicherungsschutz nur bei ungekündigtem Vertragsverhältnis bestehen (vgl. § 3 Abs. 1).

(3) Für Neugeborene, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts zur Welt kommen, besteht ab Geburt Versicherungsschutz, wenn innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt eine Nachmeldung in Textform bei dem Versicherer eingeht.

(4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwedende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

(5) Muss der Auslandsaufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über den Zeitpunkt des Abläufes des Versicherungsschutzes hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

§ 5 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten und Zahnärzten verordnet, Arzneimittel außerdem aus der im Aufenthaltsland offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhäuser anerkannt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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

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

- a) ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulante Operationen, Assistenz und Narkose sowie Röntgendiagnostik),
- b) Arznei-, Verband- und Heilmittel. Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie vom Arzt oder Zahnarzt verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nährmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.
- c) medizinisch notwendige Aufwendungen für Miete oder Leihre ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese infolge einer Krankheit oder eines Unfalls erstmals erforderlich werden und der direkten Behandlung der Krankheits- oder Unfallfolgen dienen, mit Ausnahme von Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräten,
- d) stationäre Behandlung einschließlich Operationen, Operationsnebenkosten, Röntgendiagnostik sowie Verpflegung und Unterkunft in einem Krankenhaus,
- e) medizinisch notwendigen Transport zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Erstversorgung, sofern ein Notfall vorliegt,
- f) medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus,
- g) Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn ein versichertes Kind bis zur Vollendung des 12. Lebensjahrs stationär behandelt werden muss.
- h) Kinderbetreuung mitreisender versicherter minderjähriger Kinder, wenn die versicherten Personen durch einen medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder Tod daran gehindert sind, die in ihrem Haushalt lebenden minderjährigen Kinder zu betreuen und eine andere Person zur Kinderbetreuung nicht zur Verfügung steht. Die Kosten übernehmen wir für die Dauer des medizinisch notwendigen Krankenaufenthaltes oder im Fall des Todes bis zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz des Kindes.
- i) schmerzstillende konservierende Zahnbearbeitung und damit in Verbindung stehende notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz und Prothesen,
- j) einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnsitz der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächst erreichbare geeignete Krankenhaus. Die Aufwendungen werden auch ersetzt, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Die Kosten, die bei planmäßiger Rückkehr entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen,
- k) Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes vom Sterbeort an deren letzten ständigen Wohnort. Im Falle einer Bestattung einer versicherten Person am Sterbeort werden die entstehenden Kosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattet, die bei einer Überführung angefallen wären.
- (6) 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.
- (7) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 6 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für alle nicht in § 5 als erstattungsfähig aufgezählten Aufwendungen oder Leistungen, insbesondere auch nicht für:

- a) Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Auslandsreise waren,
- b) Versicherungsfälle, deren Eintritt während der Reise für die versicherte Person aufgrund ärztlicher Diagnose bereits vor Reiseantritt feststand, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde,
- c) Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Entbindung. Diese Einschränkung gilt nicht für Schwangerschaftsbeschwerden, Früh- oder Fehlgeburten und notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche (vgl. § 2 Abs. 2). Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 38. Schwangerschaftswoche geboren wird.
- d) Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse (z.B. durch Reisewarnungen des Auswärtigen Amtes) oder aktive Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind,

- e) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten oder Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnsbehandlungen,
- f) psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung sowie Hypnose,
- g) Behandlungen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere für die Beseitigung von Schönheitsfehlern und körperlicher Anomalien, für ärztliche Gutachten und Atteste, für Desinfektionen und Impfungen, für Pflegepersonal sowie für Fahrtkosten bei ambulanter Heilbehandlung,
- h) Neuanfertigung von Zahnersatz (z.B. Kronen, Inlays, Onlays, Brücken, Prothesen), Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen,
- i) sonstige Hilfsmittel, soweit nicht nach § 5 Abs. 5 c) geleistet wird,
- j) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen,
- k) Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder; Sachkosten werden erstattet,
- l) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

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

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

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften bzw. -zweitschriften mit Leistungs- oder Ablehnungsvermerk vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Alle Belege müssen Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Nachweisen muss hervor gehen, in welchem Land die Behandlung erfolgte und in welcher Währung die Aufwendungen berechnet wurden.

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

(5) Der Versicherer überweist die Versicherungsleistungen dem Versicherungsnehmer oder dem Empfangsberechtigten (vgl. Abs. 4) kostenfrei auf ein von ihm angegebenes Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Bei Überweisung in das Ausland werden die Kosten der Überweisung von den Versicherungsleistungen abgezogen.

(6) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem 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 „Devisenkurssstatistik“, 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.

§ 8 Abtretung und Aufrechnung

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

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

§ 9 Beiträge; Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Monats oder zu Beginn einer jeden Zahlungsperiode, sofern eine solche (Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahreszahlung) vereinbart wurde, zu entrichten. Hat der Versicherungsnehmer bei der Württembergischen Krankenversicherung AG neben Tarif RKM keine Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- oder Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, ist der Beitrag als Jahreszahlung zu entrichten.

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

(3) Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn sie bei Fälligkeit unverzüglich erfolgt und bei der vom Versicherer angegebenen Stelle eingeht. Bei Lastschriftverfahren ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit vom Versicherer eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen wird.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

(5) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Festsetzung des Beitrages richtet sich nach dem Alter der zu versichernden Person. Als Alter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt und dem Geburtsjahr. Der monatliche Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet. Bis zum Alter 70 Jahre ist der Beitrag der Altersgruppe 0-70 Jahre zu entrichten. Nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten. Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

(6) Erhöht sich der Beitrag für eine versicherte Person durch Erreichen eines bestimmten Lebensalters (Abs. 6), kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, § 205 Abs. 3 VVG (siehe Anhang).

(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. 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 bis zum Wirksamwerden des Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 10 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen muss spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise geltend gemacht werden. Beginn und Ende der Reise sind dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat dem Versicherer auf dessen Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei Ärzten und Krankenanstalten einzuholen und diese gleichzeitig insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

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

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

(6) Jede Krankenhausbehandlung ist dem Versicherer unverzüglich anzuziehen und ein anstehender Rücktransport vor seiner Durchführung mit dem Versicherer abzusprechen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Wird eine der in § 10 genannten Obliegenheiten verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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

§ 12 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

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

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 13 Beendigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet das Versicherungsverhältnis. Bei Wegzug einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich dieser Person.

(3) Stirbt der Versicherungsnehmer oder kündigt er das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die betroffenen versicherten Personen nach Maßgabe des § 207 VVG (siehe Anhang) das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod oder der Kündigung des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 15 Gerichtsstände

(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 aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(4) Im Übrigen gelten § 215 VVG (siehe Anhang) und die Vorschriften der Zivilprozeßordnung (ZPO).

§ 16 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen; Beitragserhöhung

Der Versicherer ist berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Beiträge, auch für den Bestand, zum Beginn eines neuen Versicherungsjahrs mit einer Frist von einem Monat zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahrs zu ändern. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKFM

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB RKFM): Gültig ab 1. Januar 2017

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif RKM (AVB RKM) mit folgenden Abänderungen:

1. Zusätzlich zu § 2 AVB RKM gilt:

Sofern im Antrag/Versicherungsschein namentlich als versicherte Person aufgeführt, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer sowie dessen Familienangehörige.

Als Familienangehörige gelten der Ehepartner des Versicherungsnehmers, der Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) bzw. der laut Melderegister in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer wohnende Lebenspartner und die im gemeinsamen Haushalt lebenden unterhaltsberechtigten Kinder bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wurde.

Nach Vertragschluss hinzu kommende Familienangehörige sind erst ab dem Zeitpunkt versichert, in dem eine Nachmeldung bei dem Versicherer in Textform eingegangen ist.

2. Abweichend von § 9 AVB RKM gilt:

Der monatliche Beitrag wird für die Altersgruppen 0-70 Jahre und ab dem Alter 71 Jahre berechnet.

Der Beitrag für den Versicherungsnehmer einschließlich Familienangehöriger wird unabhängig von der Anzahl der Familienangehörigen einheitlich berechnet, sofern der Versicherungsnehmer das Eintrittsalter von 70 Jahren nicht überschreitet.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr für jede versicherte Person vollendet wird, ist für die versicherte Person der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

Für jede zu versichernde Person, die bei Versicherungsbeginn 71 Jahre oder älter ist, ist der Beitrag ab dem Alter 71 Jahre zu entrichten.

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 mit einer dritten Person 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 kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt 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 nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

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

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses

(1) Endet das Versicherungsverhältnis durch den Tod des Versicherungsnehmers, sind die versicherten Personen berechtigt, binnen zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(2) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Absatz 1 entsprechend. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Handelt es sich bei dem gekündigten Vertrag um einen Gruppenversicherungsvertrag und wird kein neuer Versicherungsnehmer benannt, sind die versicherten Personen berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung, soweit eine solche gebildet wird, zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortzusetzen. Das Recht nach Satz 3 endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person von diesem Recht Kenntnis erlangt hat.

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

§ 215 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

(2) § 33 Absatz 2 der Zivilprozeßordnung ist auf Widerklagen der anderen Partei nicht anzuwenden.

(3) Eine von Absatz 1 abweichende Vereinbarung ist zulässig für den Fall, dass der Versicherungsnehmer nach Vertragschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt oder sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Württembergische Krankenversicherung AG
www.wuerttembergische.de

 **würtembergische**
Ihr Fels in der Brandung.