

Befristete Option für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.04.2022)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) (gilt nur in Verbindung mit Teil I der AVB OPT G 2009)

A. Option

Leistungen des Versicherers

1. Optionsrecht

Mit Tarif OPT G haben versicherte Personen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Recht, den Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Krankheitskostenvoll-, sowie eine Krankentagegeldversicherung und in die private Pflegepflichtversicherung des Versicherers zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife gegeben ist.

Darüber hinaus haben die nach Tarif OPT G versicherten Personen das Recht, den Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Ergänzungsversicherung des Versicherers zu verlangen, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife gegeben ist.

2. Umstellungszeit- punkt/Antragsfrist

Nach Tarif OPT G versicherte Personen können das Optionsrecht einmalig innerhalb der befristeten Vertragslaufzeit von 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen. Es gilt für

a) Pflichtversicherte Mitglieder der GKV

In der GKV pflichtversicherte Personen können den Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung des Versicherers beantragen

- bei erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV, oder
- bei erstmaligem Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung nach § 10 SGB V.

Der Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Ergänzungsversicherung kann beantragt werden

- nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn, oder
- nach Ablauf von 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn,

sofern zu den Umstellungszeitpunkten Versicherungspflicht noch besteht.

Wird innerhalb der Vertragslaufzeit von 10 Versicherungsjahren eine freiwillige Mitgliedschaft begründet, gelten die Umstellungszeitpunkten unter Ziffer 2. b).

Der Antrag zur Ausübung der Option muss in Textform (vgl. § 10) innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach den jeweiligen Wechselzeitpunkten bei dem Versicherer zugegangen sein.

Das Ende der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung nach § 10 SGB V ist mit der Antragstellung zur Ausübung des Optionsrechts anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

b) Freiwillig versicherte Mitglieder der GKV

In der GKV freiwillig versicherte Personen können den Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeldversicherung und private Pflegepflichtversicherung des Versicherers beantragen

- zum 01.07 eines jeden Versicherungsjahres,
- nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn, oder
- nach Ablauf von 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn.

Der Wechsel in eine für das Neugeschäft offene Ergänzungsversicherung kann beantragt werden jeweils nach Ablauf von 5 oder 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn, sofern zu den Umstellungszeitpunkten eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV noch besteht.

Der Antrag zur Ausübung der Option jeweils zum 01.07. eines Versicherungsjahres muss in Textform (vgl. § 10) spätestens mit einer Frist von 6 Monaten vor dem jeweiligen Umstellungszeitpunkt, der Antrag für die übrigen Umstellungszeitpunkte muss in Textform (vgl. § 10) innerhalb einer Frist von 2 Monaten nach Ablauf von 5 oder 10 Versicherungsjahren beim Versicherer zugegangen sein.

Die freiwillige Mitgliedschaft ist mit der Antragstellung anzuzeigen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

3. Umfang der Option

Im Rahmen der für das Neugeschäft geöffneten Tarife umfasst die Ausübung der Option folgenden Versicherungsschutz:

Krankheitskostenvollversicherung oder Ergänzungsversicherung für

- ambulante Heilbehandlung
- stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Eine Krankentagegeldversicherung kann mit einem Leistungsbeginn vereinbart werden für:

- Selbständige und freiberuflich tätige Versicherte frühestens ab dem 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit,
- Arbeitnehmer frühestens ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit.

Die Höhe des abschließbaren Krankentagegeldes ist auf das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen der versicherten Person begrenzt.

Die private Pflegepflichtversicherung nach § 23 SGB XI. Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflegepflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI angerechnet.

Die Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung können nur zusammen mit der Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen werden.

Sieht ein Tarif Leistungsbegrenzungen in den ersten Versicherungsjahren vor, so gilt hierfür der Umstellungszeitpunkt als Versicherungsbeginn.

Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus Tarif OPT G besteht nicht.

4. Risikoprüfung

Der Versicherer wird einen im Rahmen der Ausübung des Optionsrechts gestellten Antrag ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annehmen.

Wechsel in eine Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung:

Bei einem Wechsel in eine Krankheitskostenvollversicherung und Krankentagegeldversicherung werden die im Rahmen der Risikoprüfung als Prozentsatz vereinbarten Beitragszuschläge übernommen.

Wechsel in eine Ergänzungsversicherung:

Erfolgt der Wechsel in Ergänzungsversicherungen des Versicherers, werden die als Prozentsatz vereinbarten Beitragszuschläge an den Umfang der tariflichen Leistungen der Ergänzungstarife angepasst.

Versicherte Personen werden für die Dauer der Versicherung in Tarif OPT G nicht durch die bei Antragstellung festgestellten und dokumentierten Risikozuschläge belastet.

B. Aufnahmefähigkeit/Versicherungsfähigkeit

Erläuterung

Versicherungsfähig sind Personen, die

- im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen,
- Mitglied in der GKV sind oder Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V haben.

Versicherungsfähigkeit ist längstens für 10 Jahre ab Versicherungsbeginn gegeben, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt der Wechsel in die Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversiche-

zung beim Versicherer erfolgt (vgl. Abschnitt A. Ziffer 2.).

C. Ende der Versicherung

Erläuterungen

Die Versicherung nach Tarif OPT G ist befristet, sie endet

- mit Ablauf des Monats in dem der Wechsel in die Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld- und Pflegepflichtversicherung des Versicherers erfolgt,
- mit dem Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV bzw. der Anspruch auf Familienversicherung endet,
- mit dem Ablauf des Monats, in dem eine Vertragsdauer von 10 Versicherungsjahren ab Versicherungsbeginn erreicht ist (vgl. Abschnitt A. Ziffer 2).

Sofern von dem Optionsrecht kein Gebrauch gemacht wird, besteht zu keinem späteren Zeitpunkt ein Anspruch auf Wechsel in die Tarife des Versicherers; Beiträge werden nicht zurückerstattet.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Von dem auf die Vollendung des 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Für Tarif OPT G wird eine Alterungsrückstellung nicht gebildet.
4. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.
5. Der monatliche Beitrag für die nach Ausübung des Optionsrechts abgeschlossene Krankheitskostenvoll- sowie Krankentagegeldversicherung errechnet sich nach dem dann gültigen Eintrittsalter.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil I)

AVB/OPT G 2009

(Stand: 01.04.2022)

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich der Versicherung

1. Der Versicherungsnehmer erwirbt die Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeld- und private Pflegepflichtversicherung oder eine Ergänzungsversicherung für sich und alle im Vertrag nach dem Tarif versicherten Personen.
2. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2

Beginn und Ende der Versicherung

1. Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).
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 zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nach Ausübung der Option nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
3. Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.
4. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 3 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
5. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.
6. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Der Versicherungsvertrag wird längsten für die im Tarif festgelegte Vertragsdauer (vgl. AVB, Teil II, Abschnitt B.) ab Versicherungsbeginn abgeschlossen. Nach Ablauf der Vertragsdauer endet der Versicherungsvertrag, ohne dass eine Erklärung (Kündigung) des Versicherungsnehmers oder des Versicherers erforderlich ist. Eine Verlängerung des Versicherungsvertrages ist ausgeschlossen.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 3

Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4% des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als

gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

6. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
7. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
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 (s. 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.

§ 4 Obliegenheiten/ Mitwirkung des Versicherungsnehmers

1. Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform (vgl. § 10) anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. Anzuzeigen sind
 - der Wegzug einer versicherten Person aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers,
 - und die Beendigung einer bestehenden Mitgliedschaft in der GKV.
2. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die im Zusammenhang mit einem Wechsel in die Krankheitskostenvoll-, Krankentagegeldversicherung und Pflegepflichtversicherung erforderlich ist.

§ 5 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 Versicherungsnehmer nicht aufrechnen.

§ 6 Abtretung

Ansprüche aus dem Tarif können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Ende der Versicherung

§ 7 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen 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. Bei einer Beitragsanpassung oder einer Änderung der tariflichen Leistungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 12 AVB).
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss

des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei 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.

**§ 8
Kündigung durch den
Versicherer**

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne Personen oder Tarife beschränkt werden.

**§ 9
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 Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Sonstige Bestimmungen

**§ 10
Willenserklärungen und
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

**§ 11
Klagefrist/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.

**§ 12
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen und
der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

- § 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.