

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung (AVB)

(Stand: 01.04.2024)



English version:

[www.gothaer.de/abkk](http://www.gothaer.de/abkk)

### Inhaltsverzeichnis

#### Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6	Auszahlung von Versicherungsleistungen	7
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	8
§ 8	Beitragszahlung	8
§ 9	Beitragsberechnung	9
§ 10	Beitragsanpassung	9
§ 11	Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung	10
§ 12	Obliegenheiten	10
§ 13	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 14	Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	10
§ 15	Aufrechnung	10
§ 16	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 17	Kündigung durch den Versicherer	12
§ 18	Sonstige Beendigungsgründe	12
§ 19	Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 20	Gerichtsstand	12
§ 21	Änderung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen	12
§ 22	Wechsel in den <i>Basistarif</i>	13
	<b>Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung</b>	<b>14</b>
	<b>Hinweis auf die Versicherungsaufsicht</b>	<b>14</b>
	<b>Hinweis auf den Rechtsweg</b>	<b>14</b>
	<b>Begriffsbestimmungen</b> ( <i>Begriffe sind im Folgenden kursiv dargestellt</i> )	<b>15</b>
	<b>Anhang</b>	<b>17</b>
	Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz	
	Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)	
	Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	

## Der Versicherungsschutz

### § 1 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Wir erbringen damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen, wenn dies im Tarif vereinbart ist.

Im Versicherungsfall ersetzen wir die Kosten für *Heilbehandlung* und sonst vereinbarte Leistungen.

In der Krankenhaustagegeld-Versicherung erbringen wir bei stationärer *Heilbehandlung* ein Krankenhaustagegeld, wenn dies im Tarif vereinbart ist.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige *Heilbehandlung* einer versicherten Person wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls.

Der Versicherungsfall beginnt mit der *Heilbehandlung*; er endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandelt werden muss.

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, die Entbindung, der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch und die Fehlgeburt,
- b) ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Verhütung von Krankheiten durch medizinisch notwendige Schutzimpfungen.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
  - Ihrem *Versicherungsschein*,
  - Ihrem Tarif,
  - diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskostenvollversicherung,
  - späteren schriftlichen Vereinbarungen und
  - den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, wenn Ihnen der *Versicherungsschein* zugegangen ist oder wir Ihnen gegenüber die Annahme Ihres Antrags in Schriftform erklärt haben.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im *Versicherungsschein* bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.

Wenn Sie den Versicherungsschutz durch eine Vertragsänderung erweitern, gelten die Sätze 1 bis 4 für die Mehrleistungen entsprechend.

2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne *Risikozuschläge* ab Geburt, wenn
  - a) am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt, oder
  - b) wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwanger-

schaftswoche nicht vollendet war.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des Elternteils, der bei uns versichert ist.

Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.

Der Versicherungsschutz umfasst auch die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Pflege des gesunden Neugeborenen im Krankenhaus.

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

Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko kann ein *Risikozuschlag* bis zur einfachen Beitragshöhe vereinbart werden.

### § 3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf *Heilbehandlung* in den Mitgliedsstaaten der *EU*, den Staaten des *EWK* und der Schweiz.

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt der versicherten Person in ihrem *Herkunftsland* besteht Versicherungsschutz für bis zu drei Monate.

In den übrigen Staaten besteht Versicherungsschutz während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger *Heilbehandlung* über die genannten Fristen hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2. Wir leisten bei einer Behandlung im *Ausland* höchstens das, was wir für diese Behandlung in Deutschland hätten leisten müssen.

3. Hat sich eine versicherte Person innerhalb eines Jahres länger als insgesamt sechs Monate im *Ausland* aufgehalten, gibt sie nach diesen Bedingungen ihren *gewöhnlichen Aufenthalt* in der Bundesrepublik Deutschland auf.

Für die Berechnung werden sämtliche Auslandsaufenthalte innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten zusammengerechnet. Unterbrechungen von Auslandsaufenthalten von weniger als 30 Tagen werden dabei dem Auslandsaufenthalt hinzugerechnet.

Mit Verlegung des *gewöhnlichen Aufenthalts* ins *Ausland* endet das betroffene Versicherungsverhältnis.

Auslandsaufenthalte in Mitgliedsstaaten der *EU*, Staaten des *EWK* sowie in der Schweiz sind hiervon nicht erfasst.

### § 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
2. Soweit der Tarif nichts anderes vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den folgenden Leistungserbringern:
  - niedergelassene, approbierte Ärzte bzw. Zahnärzte,
  - Ärzte im Krankenhaus und in Notfallambulanzen,
  - Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Versorgungszentren,
  - Not- bzw. Rettungsärzte,
  - Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
  - niedergelassene, approbierte psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie
  - Hebammen und Entbindungspfleger.

3. Arznei-, Verband-, Heil- und *Hilfsmittel* müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern verordnet werden.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

4. Heilmittel müssen von
- niedergelassenen, approbierten Ärzten,
  - Heilpraktikern nach dem deutschen Heilpraktikergesetz oder
  - staatlich geprüften Angehörigen von Heil- und Heilhilfsberufen (z. B. Physiotherapeuten, Masseuren, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Podologen, Logopäden, Diätassistenten) erbracht werden.

5. Wir ersetzen Kosten für medizinisch notwendige digitale Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte niedriger Risikoklassen, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Leistungen für Digitale Gesundheitsanwendungen berücksichtigen wir sowohl bei der Feststellung der Leistungsfreiheit im Rahmen einer Beitragsrückerstattung als auch bei der Anrechnung der kalenderjährlichen Selbstbeteiligung.

Wir leisten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn sie von einem der in Absatz 2 genannten Leistungserbringer verordnet wurden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet, danach ist eine neue Verordnung erforderlich. Ist eine digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten, wird maximal der dort genannte Betrag für die dort genannte Anwendungsdauer erstattet.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software.

Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

6. Bei medizinisch notwendiger stationärer *Heilbehandlung* hat die versicherte Person freie Wahl unter Krankenhäusern, die
- unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
  - über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
  - Krankengeschichten führen.

In Krankenhäusern, die auch *Kuren*, *Sanatoriumsbehandlungen* oder *Rehabilitationsmaßnahmen* durchführen, leisten wir nur, wenn wir Ihnen dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

Eine vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn

- a) die versicherte Person aufgrund eines *Notfalls* eingewiesen wird (z. B. *Unfall*, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- c) während des Aufenthaltes in diesem Krankenhaus ein *Unfall* oder eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt; oder
- d) das Krankenhaus das einzige in der Umgebung ist und die versicherte Person dort medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchführen lässt, die nur stationär durchgeführt werden können oder
- e) es sich um eine *Anschlussheilbehandlung* nach Abs. 10 handelt.

7. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) gelten
- Fallpauschalen,
  - Zusatzentgelte,
  - tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz),
  - gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes,
  - die Kosten der Beleghebamme und des Belegentbindungspflegers,
  - die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).

In Krankenhäusern, die nicht nach der BPfIV und KHEntgG abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse),
- ärztliche Leistungen,
- Nebenkosten,
- Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers,
- die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in).

8. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.

9. Wir leisten für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn
- erforderliche Pflegeleistungen unmittelbar nach einer Krankenhausbehandlung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und
  - die Übergangspflege in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Behandlung erfolgt ist.

Pflegeleistungen umfassen die häusliche Krankenpflege, die Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst

- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und *Hilfsmitteln*,
- die Aktivierung der Versicherten,
- die Grund- und Behandlungspflege,
- ein Entlassmanagement,
- Unterkunft und Verpflegung sowie
- die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung (jeweils im Rahmen der Regelleistung).

Der Anspruch besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

Die Aufwendungen werden entsprechend dem jeweiligen tariflichen Erstattungsprozentsatz für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet.

10. Aufwendungen für eine medizinisch notwendige *Anschlussheilbehandlung* (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 28 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt.

Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht möglich ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), ist auch ein späterer Beginn der AHB möglich.

Für eine medizinisch notwendige AHB erteilen wir eine vorherige schriftliche Zusage, wenn insbesondere eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:

- Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
- Schwere Herzoperation mit Herz-Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen-/By-passoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
- Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
- Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
- Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
- Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
- Querschnittslähmung, Schlaganfall, *Unfall* mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/-blutungen,
- Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.

Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüfen wir auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d) und Abs. 4)), so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

11. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der *Schulmedizin* überwiegend anerkannt sind.

Wir leisten 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.

Wir können unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

12. Steht einer versicherten Person eine *Heilbehandlung* bevor, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, können Sie in *Textform* vorab bei uns erfragen, welche Kosten wir übernehmen.

Wir werden Ihnen die Auskunft spätestens nach vier Wochen erteilen. Wenn die versicherte Person dringend behandelt werden muss, erfolgt die Auskunft *unverzüglich*, spätestens jedoch nach zwei Wochen.

Die Frist beginnt, sobald Ihre Anfrage bei uns eingeht. Erteilen wir die Auskunft nicht innerhalb der genannten Fristen, wird vermutet, dass die beabsichtigte *Heilbehandlung* medizinisch notwendig ist. Dies gilt so lange, bis wir beweisen, dass die *Heilbehandlung* nicht medizinisch notwendig ist.

13. Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten und Stellungnahmen einholen. Sie und die versicherten Personen können von uns Auskunft und Einsicht in diese Dokumente verlangen.

Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Stehen der Auskunft an oder Einsicht durch die betroffene Person therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen, kann verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben.

Wir erstatten Ihnen die entstandenen Kosten, wenn sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unser Verlangen eingeholt haben.

14. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen aufgeführt, bzw. die Arznei-, Verband, Heil- und *Hilfsmittel* bezogen worden sind.

15. Empfängt die versicherte Person eine Organ- oder Gewebespende, ist die Absicherung des Organspenders als medizinisch notwendige *Heilbehandlung* im tariflichen Rahmen in den Versicherungsschutz des Organempfängers einbezogen.

Dies gilt unabhängig davon, ob die organspendende Person privat, gesetzlich oder nicht versichert ist.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Wir leisten nicht für
- a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die
- durch Kriegsereignisse in der Bundesrepublik Deutschland verursacht oder
  - als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Wir leisten auch nicht, wenn die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgrund von Kriegsereignissen, terroristischen Anschlägen oder der aktiven Beteiligung

- an Unruhen verletzt wird. Dies gilt nicht, wenn
    - das deutsche Auswärtige Amt vor der Ausreise nicht vor Reisen in das Reisegebiet gewarnt hat oder
    - das deutsche Auswärtige Amt erst eine Warnung für das Reisegebiet ausspricht, wenn die versicherte Person bereits vor Ort ist und diese daraufhin das Gebiet *unverzüglich* verlässt oder schuldlos daran gehindert wird, das Gebiet zu verlassen (z. B. bei drohender Lebensgefahr).
  - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
  - c) für Behandlung durch Leistungserbringer und Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls hierüber informiert haben. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die Aufwendungen, die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.
  - 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) Behandlungen durch Ehegatten, *Lebenspartner* (gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
  - g) eine durch *Pflegebedürftigkeit* oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
  - h) kosmetische Behandlungen;
  - i) Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Leihe von Heilapparaten; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte und ähnliches von Hör- und Sprechgeräten;
  - j) die Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken;
2. Übersteigt eine *Heilbehandlung* oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- Stehen die Aufwendungen für die *Heilbehandlung* oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, müssen wir insoweit nicht leisten.
3. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, müssen Leistungserbringer in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
4. Hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen anderer Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge), leisten wir nur für die Aufwendungen, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

## § 6 Auszahlung von Versicherungsleistungen

1. Wir müssen nur leisten, wenn Sie die von uns geforderten Nachweise erbringen. Die Nachweise werden unser Eigentum.
2. Rechnungen sind im Original einzureichen. Rechnungen müssen die folgenden Informationen enthalten:
  - Vor- und Nachname der behandelten Person,
  - Bezeichnung der Krankheiten,
  - Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der *Gebührenordnung*,
  - Pflegesätze,
  - gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge,
  - Daten der Aufenthaltsdauer sowie

- Aufgliederung der Sachkosten.

Wir können den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.

3. Kopien von Rechnungen, die Erstattungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, stellen wir einer Originalrechnung gleich.
4. Weitere Voraussetzungen für die Ausbezahlung unserer Leistungen ergeben sich aus § 14 VVG (siehe Anhang).
5. Wir leisten grundsätzlich an Sie als Versicherungsnehmer.

Haben Sie uns in *Textform* eine versicherte Person als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistungen benannt, sind wir verpflichtet, an diese versicherte Person zu leisten.

6. Kosten, die in ausländischer Währung entstanden sind, werden in Euro umgerechnet. Die Umrechnung erfolgt zu dem Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank bzw. der Devisenkurs der Deutschen Bundesbank.

Die versicherte Person kann durch einen Bankbeleg nachweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem teureren Kurs erworben hat.

7. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können wir von unseren Leistungen abziehen.

## **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Vertrages.
2. *Versicherungsjahr* ist das Kalenderjahr.

Das erste *Versicherungsjahr* endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das *Versicherungsjahr*.

## **§ 8 Beitragszahlung**

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden *Versicherungsjahres* zu entrichten.

Sie können den Beitrag auch in gleichen monatlichen Raten zahlen. In diesem Fall sind die Beitragsraten am Ersten eines jeden Monats fällig. Die Beitragsrate gilt jeweils bis zu ihrer Fälligkeit als gestundet.

Ändert sich der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres, so ist der Unterschiedsbetrag vom Zeitpunkt der Änderung an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2. Bei Jahreszahlung gewähren wir einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 müssen Sie erst ab dem Monat den Beitrag zahlen, der auf die Geburt folgt.
4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, an dem Tag fällig, an dem die Versicherung beginnt.
5. Kommen Sie 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. Wir sind berechtigt, die uns entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

7. Sind Sie mit den Beiträgen im Rückstand, kann dies unter den in § 193 Abs. 6 und 7 VVG (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen zum Ruhen des Versicherungsschutzes führen. 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.

8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate für den Zeitraum zu, in dem Versicherungsschutz bestand.

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch unsere Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Treten wir zurück, weil Sie den ersten Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

9. Die Beiträge sind auf das von uns genannte Konto zu zahlen.

## § 9 Beitragsberechnung

1. Diese Versicherung ist nach *Art der Lebensversicherung* kalkuliert. Die Berechnung der Beiträge ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Berechnung entspricht den gesetzlichen Vorschriften in Deutschland.

2. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgebend.

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

4. Ändern sich die Beiträge, z. B. durch Änderung oder Umstellung des Versicherungsschutzes, berücksichtigen wir das Alter der versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Änderung in Kraft tritt.

5. Wenn sich der Beitrag ändert, können wir auch besonders vereinbarte *Risikozuschläge* entsprechend ändern.

6. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu.

Der Zuschlag bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

7. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem *Versicherungsschein* bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## § 10 Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungsausgaben ändern, z. B. aufgrund

- steigender Heilbehandlungskosten,
- einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder
- aufgrund steigender Lebenserwartung.

Daher vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine *Beobachtungseinheit* eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser *Beobachtungseinheit* von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des *Treuhänders* angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch

- eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung,
- ein vereinbarter *Risikozuschlag* und
- tariflich vereinbarte Höchstsätze und Ersatzleistungen

angepasst bzw. geändert werden.

Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsbegrenzungen im *Basistarif* erforderliche

Zuschlag mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

Die Anpassungen werden mit dem Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Sie benachrichtigt haben.

**§ 11  
Erfolgsabhängige  
Beitragsrückerstattung**

Die Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Satzung.

**§ 12  
Obliegenheiten**

1. Sie oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5 S. 2) müssen uns, wenn wir das verlangen, jede Auskunft erteilen, die wir brauchen, um festzustellen
  - ob ein Versicherungsfall vorliegt,
  - ob und in welchem Umfang wir leisten.
2. Wir können verlangen, dass die versicherte Person sich von einem Arzt untersuchen lässt, den wir beauftragt haben.
3. Die versicherte Person
  - hat, soweit es möglich ist, den Schaden zu mindern und
  - darf nichts tun, was die Genesung behindert.
4. Sie müssen uns *unverzüglich in Textform* darüber informieren, wenn
  - für eine versicherte Person eine Krankheitskosten-Vollversicherung bei einem anderen Versicherer abgeschlossen wird,
  - eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch macht oder
  - wenn für eine versicherte Person die Voraussetzungen für die *Versicherungsfähigkeit* entfallen.

**§ 13  
Folgen von  
Obliegenheitsverletzungen**

1. Wenn eine der in § 12 genannten Pflichten verletzt wird, sind wir unter den Voraussetzungen des § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise leistungsfrei.
2. Die Kenntnis oder das Verschulden der versicherten Person rechnen wir Ihnen zu.

**§ 14  
Obliegenheiten und Folgen  
von Obliegenheitsverletzungen  
bei Ansprüchen gegen Dritte**

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, müssen Sie oder die versicherte Person diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Ersatzansprüche sind z. B.:

- Schadensersatzansprüche gegenüber anderen Versicherern oder Privatpersonen oder
- Ansprüche auf Rückforderung zu Unrecht gezahlter Entgelte gegen Leistungserbringer.

Die Abtretung ist begrenzt auf die Höhe unserer Leistung aus der Versicherung. Wird diese Obliegenheit verletzt, wenden wir die Rechtsfolgen des § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) entsprechend an. Diese Regelung gilt unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang gemäß § 86 VVG (siehe Anhang).

**§ 15  
Aufrechnung**

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Gegen eine Forderung aus der Pflicht zur Beitragszahlung, können Sie als Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

**§ 16  
Kündigung durch den  
Versicherungsnehmer**

1. Der Vertrag wird für die ersten beiden *Versicherungsjahre* fest geschlossen (Mindestversicherungsdauer). Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen.
2. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, können Sie den Vertrag oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in *Textform* aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn Sie die Fristversäumnis nicht zu vertreten haben.

Machen Sie von ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zu dem Zeitpunkt zu, ab dem die *Pflicht zur Versicherung* beginnt.

Später können Sie den Vertrag oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen.

Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Der *Pflicht zur Versicherung* steht

- der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder
- der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

4. Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach Abs. 3 Gebrauch machen, haben das Recht, den nicht durch die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in unseren Krankheitskostenversicherungen, für die *Versicherungsfähigkeit* besteht, fortzuführen.

Das Recht besteht nur, wenn der Antrag auf Fortsetzung innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung erklärt wird.

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem die Kündigung wirksam wird.

Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir bei einem erhöhten Risiko insoweit einen *Risikozuschlag* (vgl. § 9 Abs. 5) verlangen oder ein Leistungsausschluss vereinbaren.

5. 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, können Sie 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.
6. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 21 Abs. 1, so können Sie den Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Bei einer Beitragserhöhung können Sie den Vertrag auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

7. Sie können, sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihnen unsere Erklärung zugegangen ist.

Bei einer Kündigung gilt dies zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

8. 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 Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, 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 Erklärung der Kündigung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

9. Kündigen Sie den Vertrag insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, den Vertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb von drei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

**§ 17  
Kündigung durch den  
Versicherer**

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

Wir können nur nach den gesetzlichen Bestimmungen *außerordentlich kündigen*.

Dabei können wir uns auch auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

Kündigen wir den Vertrag, haben die versicherten Personen das Recht, den Vertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

**§ 18  
Sonstige  
Beendigungsgründe**

1. Der Vertrag endet mit Ihrem Tod.

Die versicherten Personen haben das Recht, den Vertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.

2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit dieser Teil des Vertrages.

3. Verlegt eine versicherte Person ihren *gewöhnlichen Aufenthalt* in einen anderen Staat als die in § 3 Abs. 1 S. 1 genannten, endet insoweit der Teil des Vertrages.

**§ 19  
Willenserklärungen und  
Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen uns gegenüber bedürfen der *Textform*.

**§ 20  
Gerichtsstand**

1. Für Klagen gegen uns ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem

- wir unseren Sitz haben,
- Sie ihren Wohnsitz haben oder
- Sie ihren *gewöhnlichen Aufenthalt* haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

2. Wir können eine Klage gegen Sie bei dem zuständigen Gericht des Bezirks einreichen in dem

- Sie Ihren Wohnsitz haben oder
- Sie Ihren *gewöhnlichen Aufenthalt* haben, wenn Sie keinen Wohnsitz haben.

3. Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren *gewöhnlichen Aufenthalt* ins *Ausland* verlegen, ist für Klagen das Gericht an unserem Sitz zuständig. Das gilt auch, wenn uns der Ort nicht bekannt ist, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten.

**§ 21  
Änderung von Allgemeinen  
Versicherungsbedingungen**

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir diese Bedingungen und die Tarifbestimmungen diesen neuen Verhältnissen anpassen.

Dies setzt voraus, dass

- die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen,
- ein unabhängiger *Treuhänder* überprüft hat, dass die Voraussetzungen für die Änderungen vorliegen und
- dieser bestätigt hat, dass diese Änderungen angemessen sind.

Die Änderungen werden mit Beginn des zweiten Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die Änderungen sowie die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben.

2. Wir können darüber hinaus eine Bestimmung in diesen Bedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn die zu ersetzende Bestimmung durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurde.

Dies setzt voraus, dass

- dies notwendig ist, um den Vertrag fortzuführen oder

- der Vertrag ohne diese neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Dabei werden auch die Interessen der jeweils anderen Partei mitberücksichtigt.

Die neue Regelung wird nur wirksam, wenn sie

- das Vertragsziel wahrt und
- die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die Regelung und die maßgeblichen Gründe hierfür mitgeteilt haben, wird die Regelung Bestandteil Ihres Vertrages.

## § 22

### Wechsel in den Basistarif

Sie können verlangen, dass versicherte Personen in den *Basistarif* mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können.

Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im *Basistarif* beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem Sie den Antrag gestellt haben.

## **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](http://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](mailto: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.

## Begriffsbestimmungen

<b>A Anschlussheilbehandlung</b>	Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine besondere Form der Rehabilitation, die unmittelbar nach einer stationären Behandlung im Krankenhaus stattfindet.
<b>Anzeigepflicht (vorvertraglich)</b>	Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie unsere Fragen (z. B. zum Gesundheitszustand, zur Person, zum Beruf) wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Dabei sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.
<b>Art der Lebensversicherung</b>	Die Krankenversicherung ist wie eine Lebensversicherung kalkuliert. Eine solche Versicherungen unterliegt strengen gesetzlichen Anforderungen: <ul style="list-style-type: none"><li>- die versicherungsmathematischen Methoden müssen den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprechen</li><li>- das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen</li><li>- Beitragsänderungen erfolgen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel und erfordern die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders</li><li>- die Einhaltung der gesetzlichen Mindestvorschriften wird von einem verantwortlichen Aktuar überwacht.</li></ul>
<b>Ausland</b>	Als Ausland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten alle Staaten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
<b>Außerordentliche Kündigung</b>	Der Vertrag kann gekündigt werden, wenn einer der Vertragsparteien das Festhalten an dem Vertrag nicht mehr zugemutet werden kann. Das ist insbesondere bei schwerwiegenden Vertragsverletzungen möglich.
<b>B Basistarif</b>	Der Basistarif ist eine seit dem 01. Januar 2009 gesetzlich vorgeschriebene Krankenversicherung. Die Leistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar.
<b>Beobachtungseinheit</b>	Für die Beitragskalkulation werden die Versicherten in Gruppen eingeteilt: Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
<b>E EU (Europäische Union)</b>	Eine aktuelle Auflistung der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union finden Sie im Internet unter: <a href="https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/country-profiles_de">https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/country-profiles_de</a>
<b>EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)</b>	Der europäische Wirtschaftsraum umfasst die Mitgliedsstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.
<b>G Gebührenordnung</b>	Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privatärztlicher beziehungsweise privat Zahnärztlicher Leistungen. Dabei handelt es sich um medizinische und Zahnmedizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
<b>Gewöhnlicher Aufenthalt</b>	Ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat eine Person dort, wo sie ihren Lebensmittelpunkt hat. Hält sich eine Person länger als 6 Monate im Ausland auf, ist ihr Lebensmittelpunkt nicht mehr in Deutschland.
<b>H Heilbehandlung</b>	Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
<b>Herkunftsland</b>	Herkunftsland ist das Land bzw. die Länder, für die die versicherte Person die Staatsangehörigkeit besitzt.
<b>K Kurbehandlung</b>	Eine Kur ist ein auf die Gesundheit ausgerichteter Aufenthalt in einem anerkannten Heilbad oder Kurort. Im Rahmen einer Kur werden verschiedene Therapien angewandt um Krankheiten vorzubeugen oder (chronische) Beschwerden zu lindern.
<b>L Lebenspartner</b>	Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (§ 1 LPartG - in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung) sind zwei Personen gleichen Geschlechts, die eine gesetzliche Partnerschaft auf Lebenszeit eingegangen sind.
<b>N Notfall</b>	Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.
<b>Notlagentarif</b>	Der Notlagentarif der privaten Krankenversicherung ist ein Tarif für Versicherte in finanziellen Notlagen, die ihre Beitragsschulden nicht bezahlen können und aufgrund der bestehenden Versicherungspflicht weiter in der PKV versichert bleiben müssen.

Der Leistungsumfang des Notlagentarifs ist deutlich reduziert. Erstattet werden die Kosten der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft.

<b>P Pflegebedürftigkeit</b>	Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss dauerhaft - voraussichtlich für mindestens 6 Monate - und in einer festgelegten Schwere bestehen.
<b>Pflicht zur Versicherung</b>	Jede Person, die ihren Wohnsitz in Deutschland hat, ist verpflichtet, krankenversichert zu sein. Für bestimmte Personengruppen ist eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgeschrieben, andere haben die Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV oder einer privaten Krankenversicherung.
<b>R Rehabilitationsmaßnahme</b>	Rehabilitationsmaßnahmen sind medizinische Leistungen zur Abwendung, Beseitigung, Minderung oder dem Ausgleich einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit sowie der Wiederherstellung der Arbeitskraft. Sie dienen der Eingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben. Die Leistungen können stationär oder ambulant erbracht werden. Die Maßnahme wird durch einen gesetzlichen Rehabilitationsträger bewilligt, zum Beispiel die Renten- oder Unfallversicherung.
<b>Risikozuschlag</b>	Der Risikozuschlag wird zusätzlich zum Beitrag erhoben, wenn bei einer versicherten Person ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufgrund von Vorerkrankungen festgestellt wurde. Die Höhe des Risikozuschlags ist abhängig vom individuellen Risiko, welches im Rahmen einer Gesundheitsprüfung durch den Versicherer ermittelt wird.
<b>S Sanatorium</b>	Ein Sanatorium ist eine Einrichtung, in der stationäre Kurbehandlungen durchgeführt werden. Schwerpunkt ist die Behandlung chronisch kranker Menschen oder die Rehabilitation nach Unfällen, Operationen oder bei psychischen Erkrankungen.
<b>Schulmedizin</b>	Die Schulmedizin umfasst ärztliche Diagnosen und Therapien nach wissenschaftlich anerkannten Methoden, die an medizinischen Hochschulen gelehrt und entwickelt werden.
<b>T Textform</b>	Eine schriftliche Nachricht, aus der hervorgeht, dass sie der Absender sind. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht notwendig. Es reicht z. B. eine E-Mail oder ein Fax.
<b>Treuhänder</b>	In der privaten Krankenversicherung werden die Interessen der Versicherungsnehmer durch Treuhänder vertreten. Die Treuhänder sind von den Versicherungsunternehmen unabhängig.
<b>U Unfall</b>	Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem eine versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet.
<b>Unverzüglich</b>	Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, also so schnell wie möglich.
<b>V Versicherungsfähigkeit</b>	Der Tarif kann nur unter bestimmten Voraussetzungen abgeschlossen werden, die die versicherte Person erfüllen muss. Die Voraussetzungen werden im Tarif genannt. Die Versicherung endet, wenn eine der genannten Voraussetzungen nicht mehr vorliegt.
<b>Versicherungsjahr</b>	Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.
<b>Versicherungsschein</b>	Der Versicherungsschein ist eine Urkunde zum Nachweis eines bestehenden Versicherungsvertrages. Aus dem Versicherungsschein geht hervor, dass der Vertrag zwischen Ihnen als Versicherungsnehmer und uns als Versicherer geschlossen wurde.
<b>Vorsätzlich</b>	Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie mit Wissen und Willen handeln. Dies ist der Fall, wenn sie ein bestimmtes Ereignis herbeiführen wollen oder den Eintritt eines Ereignisses für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen.

## Anhang: Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) in der bis zum 21.12.2018 gel- tenden Fassung

- § 1  
Lebenspartnerschaft**
- (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.

## Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

- § 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 Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im *Notlagentarif* Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 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 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

- § 14  
Fälligkeit der  
Geldleistung**
- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- § 19  
Anzeigepflicht**
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine *Anzeigepflicht* nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- § 28  
Verletzung einer  
vertraglichen  
Obliegenheit**
- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn

der Versicherungsnehmer die Obliegenheit *vorsätzlich* verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

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

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

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

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

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

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

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

### § 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit *vorsätzlich*, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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 Selbstbehalte für ambulante und stationäre *Heilbehandlung* für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
  2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
  3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
  4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten 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.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.
- (7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im *Notlagentarif* nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. *Risikozuschläge*, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem *Notlagentarif* nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des *Notlagentarifs* nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.