

Vertragsunterlagen zu Ihrer Krankenzusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis	Seite
Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	2
Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung	3–4
Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung für den OPTIMAL- und BASIS-Tarif	4
Hinweise zum Datenschutz	4
Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht	5
Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (OPTIMAL-Tarif)	6–7
Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (BASIS-Tarif)	7
Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung	8
Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung	9
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012) – Stand 09/2016	10–13

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibung). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Als Ergänzung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bieten wir Ihnen eine Zahnzusatzversicherung, eine stationäre Zusatzversicherung sowie eine ambulante Zusatzversicherung an. Die Krankenzusatzversicherungen schützen gegen finanzielle Risiken bei einer Krankheit.



Was ist versichert?

✓ Wir bieten Ihnen verschiedene Versicherungsarten, zwischen denen Sie wählen können:

Zahnzusatzversicherung

- ✓ Diese ersetzt oder bezuschusst Ihre Aufwendungen im Rahmen der vereinbarten Höchstbeträge z. B. für:
- ✓ Kronen, Brücken, Prothesen,
- ✓ Inlays oder Onlays,
- ✓ Implantaten.

Stationäre Zusatzversicherung

- ✓ Diese ersetzt die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen z. B. für:
- ✓ Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer,
- ✓ freie Arztwahl (Chefarztbehandlung), auch bei ambulanten Operationen im Krankenhaus,
- ✓ freie Krankenhauswahl,
- ✓ Rooming-in für eine Begleitperson eines versicherten Kindes.

Ambulante Zusatzversicherung

- ✓ Diese ersetzt oder bezuschusst Ihre Aufwendungen im Rahmen der vereinbarten Höchstbeträge z. B. für:
- ✓ Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,
- ✓ Hörgeräte,
- ✓ Sehhilfen,
- ✓ Laser-Operation an den Augen,
- ✓ Naturheilverfahren.

Versicherungssumme

- ✓ Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den Tarifbeschreibungen und den im Vertrag vereinbarten Höchstgrenzen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Nicht versichert sind beispielsweise:
- ✗ Rein kosmetische Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind,
- ✗ Aufwendungen, soweit sie einen vereinbarten Höchstbetrag überschreiten,
- ✗ die von der gesetzlichen Krankenversicherung verlangte Zuzahlung im Krankenhaus,
- ✗ wenn nichts anderes vereinbart ist, besteht Anspruch auf Versicherungsleistung erst nach Ablauf der Wartezeit.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind z. B.:
- ! Vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle,
- ! Behandlungen durch Zahnärzte/Ärzte, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund ausgeschlossen haben,
- ! Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder,
- ! Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geografischen Sinn.
- ✓ Bei vorübergehendem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz für maximal zwei Monate.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Versicherungsantrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.
- Schließen Sie oder eine andere versicherte Person eine weitere Krankenzusatzversicherung der von Ihnen gewählten Versicherungsart bei einem anderen Versicherer ab, müssen Sie uns das mitteilen.
- Sie müssen die Beendigung Ihrer Versicherung oder die einer anderen versicherten Person bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung mitteilen.
- Sie und die versicherte Person sind dazu verpflichtet, für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach dem Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
Die weiteren Beiträge müssen Sie monatlich zum Ersten eines jeden Monats zahlen. Bitte sorgen Sie für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto, damit wir den Beitrag einziehen können.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, nicht jedoch vor Ablauf vereinbarter Wartezeiten. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.
Ihr Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie kündigen den Vertrag.
Ist eine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben, erlischt die Krankenzusatzversicherung zum Ende des Monats, in dem diese weggefallen ist. Eine Voraussetzung ist z. B., dass Sie in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jeden Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit geschehen).
Sie können den Vertrag auch aufgrund einer Beitragsanpassung kündigen oder wenn die versicherte Person eine neue Altersgruppe erreicht, durch die sich der Beitrag erhöht.

A. Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 Absatz 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1. Identität des Versicherers, ladungsfähige Anschrift, vertretungsberechtigte Personen

Ihr Versicherer ist die
WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de
Handelsregister: Amtsgericht Stuttgart HRB 7479
Sitz: Stuttgart

Vertretungsberechtigte Personen:
Vorstand: Dr. Klaus Brachmann (Vorsitzender)
Dr. Jochen Kriegmeier
Dr. Frank Welfens

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Landrat i. R. Helmut Jahn

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Betrieb der Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach-, Rechtsschutz- und Krankenzusatzversicherung.

3. Allgemeine Versicherungsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbeschreibung sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts.

Für das Versicherungsverhältnis in der Krankenzusatzversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012) – Stand 09/2016 und die jeweilige Tarifbeschreibung.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Bei dem Versicherungsschutz handelt es sich um eine Krankenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung. Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheiten, Unfallfolgen und andere im Vertrag genannte Ereignisse besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang.

Die Versicherungsleistungen sind fällig mit Beendigung der für die Feststellung des Versicherungsfalls und des Leistungsumfangs erforderlichen Erhebungen.

Zu Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung verweisen wir auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/Kranken 2012) – Stand 09/2016 und die jeweilige Tarifbeschreibung der gewählten Versicherungsart. Ihrem Versicherungsschein können Sie entnehmen, welche Versicherungsarten Sie gewählt und abgeschlossen haben.

4. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich sonstiger Preisbestandteile und zusätzliche Kosten

Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag bzw. der Tarifauskunft.

Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben.

Für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen Ihnen lediglich Kosten in Höhe der üblichen Grundtarife.

5. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Fälligkeit des Erstbeitrags:

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Zahlweise des Folgebeitrags:

Am Ersten eines jeden Monats im Voraus.

Den Beitrag ziehen wir von Ihrem Konto mittels Lastschrift ein.

6. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der vorliegend zur Verfügung gestellten Informationen beträgt vier Wochen.

7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt

Der Vertrag kommt zustande durch den Antrag des Versicherungsnehmers und die Übersendung des Versicherungsscheins durch den Versicherer.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zustandekommen des Vertrags, nicht aber vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Der Versicherungsnehmer ist an seinen Antrag sechs Wochen gebunden.

8. Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

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

WGV-Versicherung AG
Tübinger Straße 55
70178 Stuttgart
Fax: 0711 1695-1100
E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de

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; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie gemäß Tarifauskunft, multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender 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.

Besondere Hinweise

Das 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

Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

9. Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrags

Der Vertrag hat eine Laufzeit bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres, 24.00 Uhr. Er verlängert sich mit Ablauf der Vertragszeit jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem Versicherer eine Kündigung in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) zugegangen ist.

10. Angaben zur Beendigung des Vertrags

Sie können den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen. Einzelheiten zur Kündigung sowie zu weiteren Beendigungsgründen finden Sie in den §§ 13 – 15 der AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016.

11. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie bei folgenden Gerichten geltend machen:

– dem Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist,

– dem Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sofern Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands verlegen, oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, gilt das Gericht als vereinbart, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

12. Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags

Die Vertragsbedingungen und Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags wird in deutscher Sprache geführt.

13. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Sie haben Zugang zu einem außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahren bei der Verbraucherschlichtungsstelle

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

sofern Sie Verbraucher sind und nicht gleichzeitig in derselben Sache ein Verfahren bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder vor Gericht anhängig ist. Zur Teilnahme an diesem Verfahren sind wir verpflichtet.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten neutral und unabhängig Stellung und gibt eine unverbindliche Empfehlung ab. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

14. Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
– Bereich Versicherungsaufsicht –
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Sie haben die Möglichkeit zu einer Beschwerde bei der genannten Aufsichtsbehörde.

B. Leistungsübersicht zur Zahnzusatzversicherung

In der Zahnzusatzversicherung bieten wir Ihnen die Produktvarianten **OPTIMAL-** und **BASIS-Tarif** an. Nachfolgend haben wir Ihnen die wesentlichen Leistungsunterschiede dargestellt. Die Leistungsbeschreibung ist lediglich eine Kurzübersicht. Für den Versicherungsschutz ist ausschließlich der Wortlaut der Versicherungsbedingungen und Tarifbeschreibungen maßgebend.

	OPTIMAL-Tarif	BASIS-Tarif
Kronen, Brücken, Prothesen	90 %	70 %
Inlays (max. 500 EUR/Jahr)/Onlays	90 %	70 %
Implantate	90 %	70 %
Wurzelbehandlungen	100 %	–
Prophylaxe (max. 100 EUR/Jahr)	100 %	–
Aufbissschienen	100 %	–
Kunststofffüllungen	100 %	–
Parodontosebehandlung	100 %	–
Kieferorthopädie (max. 5.000 EUR)	80 %	–

Der Leistungsanspruch errechnet sich prozentual aus dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag einschließlich möglicher anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

C. Hinweise zum Datenschutz

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 dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** (Code of Conduct) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.wgv.de/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Abteilung Kranken-Vertrag, wgv Versicherungen, 70164 Stuttgart, Telefon: 0711 1695-1730, E-Mail: kranken-vertrag@wgv.de.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Zur Wahrnehmung dieser Rechte wenden Sie sich an: Datenschutzbeauftragter, wgv Versicherungen, 70164 Stuttgart, E-Mail: datenschutzbeauftragter@wgv.de.

Bei Neukunden, mit denen wir noch keine Vertragsbeziehung unterhalten, führen wir vor Vertragsabschluss eine Bonitätsprüfung durch. Deren Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers zu überprüfen, um Kosten zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Kunden entstehen und letztlich zu Lasten der Gemeinschaft aller Versicherten gehen würden. Wir holen diese Auskunft selbst ein oder bedienen uns dazu folgender Auskunft: infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden (infoscore).

Zur Bonitätsprüfung übermitteln wir an infoscore Ihre Antragsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse), um Verwechslungen ausschließen zu können. Diese Daten werden seitens infoscore nicht gespeichert, sondern mit einem Datenpool abgeglichen, der Informationen aus dem Schuldnerverzeichnis, dem Verzeichnis über private Insolvenzen sowie weitere sonstige kreditrelevante Daten über Privatpersonen enthält.

Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

Mitteilung nach § 19 Absatz 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (OPTIMAL-Tarif)

1. Versicherungsfähigkeit, nicht versicherungsfähige Personen, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- 1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- 1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und
- 1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht.

1.2 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Als fehlend im Sinne dieses Tarifs gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden. Ein vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlender Zahn.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Individualprophylaxe, Kieferorthopädie und Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

2.1 Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- konservierende Leistungen (z. B. plastische Füllungen, Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, Wurzelkanalbehandlungen);
- chirurgische Maßnahmen einschließlich Wundrevision sowie Nachbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion);
- parodontologische Leistungen bei einer Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau (z. B. Bestimmung des Parodontalstatus, Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte);
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (Knirscherschienen, nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.

Der Versicherer erstattet bei Zahnbehandlung (ohne Inlay und Onlay) 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 %.

Als zahnmedizinische Individualprophylaxe gelten:

- professionelle Zahnreinigung, Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltest zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellung eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

Der Versicherer erstattet bei Zahnprophylaxe 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags, falls die GKV Leistungen erbringt, die Differenz zu 100 %. Die Erstattungsleistungen sind auf 100 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

2.2 Kieferorthopädie

Als Kieferorthopädie gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- kieferorthopädische Leistungen einschließlich Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten, sofern mit der Behandlung noch vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Ersetzt werden 80 % der Aufwendungen, sofern keine Leistungspflicht der GKV besteht und eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen eine Korrektur erforderlich macht. Der Ersatz von Aufwendungen ist auf 5.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt. Dem Versicherer ist zusammen mit dem Heil- und Kostenplan die KIG-Einstufung der GKV einzureichen.

2.3 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen. Bei Inlays ist die Erstattung auf 500 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;

- Zahnkronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays;
- prothetische Leistungen (Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur);
- Implantate und implantologische Leistungen (zahnärztliche Leistungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen und Röntgenschablonen) sowie die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 4 Stück im Oberkiefer und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Erstattet werden 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

Wählt die versicherte Person keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) hinausgehenden Zahnersatz, werden die o.g. Aufwendungen zu 100 % erstattet. Die Regelversorgung entspricht den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Bei Zahnersatz gilt als Vorleistung der GKV der befundbezogene Festzuschuss. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen (preisgünstigste plastische Zahnfüllung) gemäß § 28 Absatz 2 SGB V. Die Erstattung ist insgesamt auf max. 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Leistungen der GKV angerechnet. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt.

4. Erstattungshöchstsätze

- 4.1 Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung nach Ziffer 2.1 und Zahnersatz nach Ziffer 2.3 ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

- 4.2 Die Erstattung von Aufwendungen für Kieferorthopädie nach Ziffer 2.2 ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 500 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 1.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 2.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung der Aufwendungen gemäß Ziffer 2.2 bleibt unberührt.

- 4.3 Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

- 4.4 Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

5. Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie 1.000 EUR, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Die Aufwendungen werden zu den maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000 EUR übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der normalen tariflichen Leistungen ersetzt.

6. Monatsbeiträge

Alter	OPTIMAL-Tarif	Alter	OPTIMAL-Tarif
0–25	15,90 EUR	46–50	35,00 EUR
26–30	18,00 EUR	51–55	41,50 EUR
31–35	24,10 EUR	56–60	46,90 EUR
36–40	28,00 EUR	ab 61	48,50 EUR
41–45	30,60 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Tarifbeschreibung zur Zahnzusatzversicherung (BASIS-Tarif)

1. Versicherungsfähigkeit, nicht versicherungsfähige Personen, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- 1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- 1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und
- 1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht.

1.2 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen mit einer bei Vertragsabschluss bereits vorhandenen voll- oder teilprothetischen Versorgung (herausnehmbarer Zahnersatz) sowie Personen mit bei Vertragsabschluss mehr als drei fehlenden Zähnen. Als fehlend im Sinne dieses Tarifs gelten Zähne, die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden. Ein vollständiger Lückenschluss, Weisheitszähne und Milchzähne gelten nicht als fehlender Zahn.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in den Gebührenordnungen aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Als Zahnersatz gelten einschließlich der Material- und Laborkosten:

- Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen. Bei Inlays ist die Erstattung auf 500 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt;
- Zahnkronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays;
- prothetische Leistungen (Zahnbrücken, Stiftaufbauten, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur);
- Implantate und implantologische Leistungen (zahnärztliche Leistungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen und Röntgenschnitten) sowie die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 4 Stück im Oberkiefer und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Erstattet werden 70 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags einschließlich anrechenbarer Vorleistungen der GKV.

Wählt die versicherte Person keinen über die Regelversorgung gemäß § 56 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) hinausgehenden Zahnersatz, werden die o.g. Aufwendungen zu 100 % erstattet. Die Regelversorgung entspricht den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden vom Erstattungsbetrag abgezogen. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Hat die versicherte Person in der GKV einen Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart, gilt dieser ebenfalls als Vorleistung der GKV.

Bei Zahnersatz gilt als Vorleistung der GKV der befundbezogene Festzuschuss. Für Inlays und Onlays gelten die Vorleistungen für konservierende Leistungen (preisgünstigste plastische Zahnfüllung) gemäß § 28 Absatz 2 SGB V. Die Erstattung ist insgesamt auf max. 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

Die Behandlung muss im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

Werden Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, wird ein pauschaler Betrag in Höhe von 40 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Leistungen der GKV angerechnet. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistungen erbringt.

4. Erstattungshöchstsätze

Die Erstattung von Aufwendungen für Zahnersatz ist begrenzt auf einen Gesamtbetrag von höchstens:

- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr;
- 2.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- 3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren;
- 4.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Erstattungshöchstbeträge entfallen bei nachgewiesenen, unfallbedingten Aufwendungen.

Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

5. Heil- und Kostenplan

Übersteigt der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz 1.000 EUR, ist dem Versicherer rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Die Aufwendungen werden zu den maßgebenden Prozentsätzen erstattet, soweit der Versicherer den Heil- und Kostenplan genehmigt hat. Wird die Maßnahme ohne vorherige Genehmigung des Versicherers durchgeführt, werden die 1.000 EUR übersteigenden Aufwendungen zu 50 % der normalen tariflichen Leistungen ersetzt.

6. Monatsbeiträge

Alter	BASIS-Tarif	Alter	BASIS-Tarif
0–25	5,00 EUR	46–50	16,70 EUR
26–30	7,60 EUR	51–55	20,60 EUR
31–35	10,30 EUR	56–60	24,10 EUR
36–40	12,40 EUR	ab 61	26,10 EUR
41–45	13,90 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Tarifbeschreibung zur stationären Zusatzversicherung

1. Versicherungsfähigkeit, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- 1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und
- 1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und
- 1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit Krankenhausleistungen besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Heilbehandlung in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen. Als Wahlleistungen gelten:

- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer nach Ziffer 2.1.1;
- privatärztliche Behandlung nach Ziffer 2.1.2.

Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.1.1 Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung abrechnen, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse dem Drei- und Mehrbettzimmer.

Werden bei gesondert berechneter Unterbringung im Zweibettzimmer keine zusätzlichen Aufwendungen für ein Einbettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- und im Zweibettzimmer geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

2.1.2 Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen geltend gemacht, wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als jeweils ein Krankenhaustag.

2.2 Begleitperson bei Kindern (Rooming-in)

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben dem versicherten Kind stationär aufgenommen wird.

Eine Erstattung erfolgt nur, wenn und solange das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die Aufwendungen nicht von der GKV zu tragen sind und das Krankenhaus der BPfIV oder dem KHEntG unterliegt.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

2.3 Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (SGB V)

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V. Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

– im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.4 Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Rahmen einer stationären Behandlung

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, soweit sie nicht unter § 115a SGB V fallen. Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen im Rahmen einer ambulant durchgeführten Operation im Krankenhaus. Die erstattungsfähigen Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog. Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.6 Freie Krankenhauswahl

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt (§ 39 Absatz 2 SGB V). Erbringt die GKV keine Leistungen oder unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfIV oder dem KHEntG, so entfällt auch die Erstattung nach diesem Tarif.

2.7 Fahrt- und Transportkosten

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport durch anerkannte Rettungsdienste bis zu 100 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

Erstattet werden auch die nachgewiesenen Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus bis zu 100 km am Tag der ambulanten Operation.

3. Gemischte Heilanstalten

In Abweichung zu § 4 Absatz 5 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

4. Sonstige Bestimmungen

Die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Die Leistungen der GKV müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V angegeben sein. Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

5. Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–15	6,70 EUR	56–60	45,60 EUR
16–20	11,90 EUR	61–65	63,30 EUR
21–25	12,90 EUR	66–70	89,70 EUR
26–50	24,00 EUR	71–75	125,20 EUR
51–55	31,00 EUR	ab 76	179,90 EUR

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

6. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

Tarifbeschreibung zur ambulanten Zusatzversicherung

1. Versicherungsfähigkeit, Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

1.1.1 die bei einem deutschen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und

1.1.2 die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und

1.1.3 für die keine weitere private Versicherung mit ambulanten Leistungen besteht.

1.1.4 Weitere Voraussetzung für eine Versicherung nach diesem Tarif ist, dass für die versicherte Person bei der WGV-Versicherung AG bereits eine

– Zahnzusatzversicherung und/oder

– stationäre Zusatzversicherung

besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall einer der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Erfüllt die versicherte Person nicht mehr die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 1.1.4, so endet die ambulante Zusatzversicherung mit der Beendigung der Zahnzusatz- oder stationären Zusatzversicherung bei der WGV-Versicherung AG, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind 100 % der nach § 61 SGB V vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete

– Arznei- und Verbandmittel (§ 31 SGB V)

– Heilmittel (§ 32 SGB V)

– Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

2.2 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind 80 % des nach Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags für Hörgeräte, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr. Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit ist eine vorherige Leistung der GKV auf das jeweils in Rechnung gestellte Hörgerät.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Wartung, die Reparatur, den Betrieb (z. B. Batterien) und die Pflege (z. B. Reinigungsmittel) der Hörgeräte.

2.3 Sehhilfen und Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

2.3.1 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind 100 % des Rechnungsbetrags für Sehhilfen, max. 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren. Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet. Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen (auch Tages- und Monatslinsen).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Reparatur, die Reinigung und Pflegemittel der Sehhilfen.

2.3.2 Laser-Operation zur Sehschärfenkorrektur

Nach Ablauf von 24 Monaten seit Beginn der ambulanten Zusatzversicherung besteht während der gesamten Vertragslaufzeit ein einmaliger Anspruch auf Erstattung von 100 % des Rechnungsbetrags für eine Sehschärfenkorrektur mittels Laser-Operation (z. B. LASIK) bis zu einem Gesamterstattungsbetrag für beide Augen von 1.000 EUR.

2.4 Naturheilverfahren

Erstattungsfähig sind 80 % des nach etwaiger Vorleistung der GKV verbleibenden Rechnungsbetrags, max. 1.000 EUR pro Versicherungsjahr für

– Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker und

– Aufwendungen für durch Ärzte mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung

sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Ärzten mit naturheilkundlicher Zusatzbezeichnung sind bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung erstattungsfähig.

3. Auszahlung der Versicherungsleistungen

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person tragen, ferner Angaben über die Krankheit (Diagnose), die einzelnen Verordnungen und die Behandlungstage enthalten. Die Rezepte müssen den Namen des Versicherten, die Verordnung, den Tag der Ausstellung, den quitierten Betrag und den Stempel der Apotheke enthalten. Den Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind die entsprechenden Verordnungen beizufügen. Verordnungen können auch in Kopie vorgelegt werden.

4. Vorleistungen

Leistungen der GKV und ggf. anderer Kostenträger werden angerechnet. Soweit Ansprüche gegenüber der GKV bestehen, sind diese auch wahrzunehmen. Die Originalrechnungen sind mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Verebarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

5. Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze gelten nach § 4 Nr. 1 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Versicherungsjahr. Die Höchstsätze ermäßigen sich im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

6. Monatsbeiträge

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
0–25	13,30 EUR	46–50	21,60 EUR
26–30	13,70 EUR	51–55	24,50 EUR
31–35	14,90 EUR	56–60	26,00 EUR
36–40	16,60 EUR	ab 61	29,80 EUR
41–45	18,90 EUR		

Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

7. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbeschreibung nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/Kranken 2012 – Stand 09/2016 auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbedingungen anzupassen.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung und
Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung
(AVB/Kranken 2012) – Stand 09/2016**

Diese Bedingungen gelten nur zusammen mit den Tarifbeschreibungen.

Der Versicherungsschutz

§ 1	Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	10
§ 2	Beginn des Versicherungsschutzes	10
§ 3	Wartezeiten	11
§ 4	Umfang der Leistungspflicht	11
§ 5	Einschränkung der Leistungspflicht	11
§ 6	Auszahlung der Versicherungsleistungen	12
§ 7	Ende des Versicherungsschutzes	12

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8	Beitragszahlung	12
§ 8a	Beitragsberechnung	12
§ 8b	Beitragsanpassung	12
§ 9	Obliegenheiten	12
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	13
§ 11	Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	13
§ 12	Aufrechnung	13

Ende der Versicherung

§ 13	Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer	13
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	13
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	13

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Willenserklärungen und Anzeigen	13
§ 17	Gerichtsstand	13
§ 18	Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	13
§ 19	Embargobestimmung	13

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

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

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, 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, auch wenn sie über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen (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 für die Krankheitskostenversicherung und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung, dem Tarif mit Tarifbeschreibung sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa im geographischen Sinn. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 3).

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diesen Zeitraum hinaus ausgedehnt werden, besteht

Verwaltungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens jedoch für weitere zwei Monate.

Bei Auslandsaufenthalten der versicherten Person innerhalb und außerhalb Europas ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in 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.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 4 und 5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 5) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt

ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

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

(4) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 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 im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches/zahnärztliches Zeugnis auf dem Vordruck des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird. Ist der Wartezeiterlass gewünscht, so ist die versicherte Person verpflichtet, sich auf eigene Kosten der Untersuchung zu unterziehen und den ärztlichen/zahnärztlichen Untersuchungsbericht dem Versicherer innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung vorzulegen. Geschieht dies nicht, so gilt die Versicherung als ohne ärztliche/zahnärztliche Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(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 Tarifbeschreibung. Die Aufwendungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen oder die Heilmittel erbracht werden. Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (z. B. Selbstbehalte oder Leistungshöchstsätze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Versicherungsjahre. Beginnt die Versicherung nicht am 1.1., ermäßigt sich der Betrag im ersten Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich der Selbstbehalt bzw. ein tariflicher Höchstsatz nicht.

(2) Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten, den für ambulante Behandlungen liquidationsberechtigten approbierten Ärzten eines Krankenhauses, den zur ambulanten Heilbehandlung zugelassenen Ambulanzen eines Krankenhauses, welches die Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllt, den medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) (bei medizinischen Versorgungszentren handelt es sich um ärztlich geleitete Einrichtungen, welche für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind), wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt, den niedergelassenen approbierten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden.

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

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

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

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen im versicherten Rahmen gewährt.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Bei teil-, vor- und nachstationärer Heilbehandlung sowie bei einer stationären Heilbehandlung in einem 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) Aufwendungen für Behandlungen durch die in Absatz 2 genannten Behandler und in den in Absatz 4 und 5 genannten Einrichtungen sowie für Verordnungen nach Absatz 3 sind nur erstattungsfähig, sofern der Tarif entsprechende Leistungen auch vorsieht (vgl. Absatz 1 Satz 1).

(9) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 EUR 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 Kostenvorschlag 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.

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

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn
 - die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird,
 - für das betroffene Gebiet zum Zeitpunkt der Einreise der versicherten Person keine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes in Bezug auf das Kriegsereignis vorlag und
 - die versicherte Person objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des Satz 1.
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- g) soweit – bei einer Behandlung im Inland oder im Ausland – die Behandlungsrechnung oder Teile davon den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw.

Zahnärzte und Psychotherapeuten bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten, falls der Tarif nichts anderes vorsieht;

h) soweit bei einer Behandlung im Ausland die ortsüblichen Sätze überschritten werden.

(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 auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungsträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlungen im Inland: mit Nummern des Gebührenverzeichnisses, hierfür in Rechnung gestellten Steigerungssätzen) und jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld beansprucht, genügt eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses bzw. der Kurklinik mit dem Namen der behandelten Person über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose).

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

(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, zum Tag des Eingangs der Belege beim Versicherer, 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. Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, aufgrund dessen mit einem Leistungserbringer direkt abgerechnet werden kann, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten (1/12 des Jahresbeitrags) gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Beitrag während des Versicherungsjahres nach Maßgabe von § 8b neu festgesetzt, ist der neue Beitrag vom Änderungszeitpunkt an zu zahlen. Wurden Beiträge bereits im Voraus gezahlt, ist der Unterschiedsbetrag nachzuzahlen bzw. zu erstatten.

(2) Beginnt eine Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet eine Versicherung nicht zum Ende eines Monats, wird der Beitrag für diese Monate nur anteilig erhoben.

(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, nicht jedoch vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten, der gesetzlichen Verzugszinsen und der von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren verpflichtet.

(5) 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 aufgrund des § 19 Absatz 2 VVG 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.

(6) 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) Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Kalenderjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

(4) Bei Beitragsänderungen, auch durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

(5) 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 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen, im Tarif vorgesehene Ersatzkrankenhaustagegelder oder Leistungsbegrenzungen sowie vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

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

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

§ 9 Obliegenheiten

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

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

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

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

(5) Weitere, besondere Obliegenheiten können sich aus der jeweils vereinbarten Tarifbeschreibung ergeben.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG 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, 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 Absatz 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 aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind Absatz 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) Der Versicherungsvertrag wird zunächst bis zum 31.12. des folgenden Kalenderjahres abgeschlossen. Er verlängert sich um je ein weiteres Versicherungsjahr (zwölf Monate), wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt hat. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z. B. Tarifwechsel) haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne 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 (§ 8b Absatz 1) oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, 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 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, hat die versicherte Person 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 betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherte Person hat 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 der versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

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

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail).

§ 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 außerhalb Deutschlands, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist abweichend von Absatz 1 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 Tarifbeschreibungen 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 Verwaltungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 19 Embargobestimmung

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

