

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Ergänzungsversicherungen

- **Tarif MediTop**
- **Tarif MediPrävent**

Stand: 01.2009

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Wunsch, ein gesundes und sicheres Leben zu führen, ist für die meisten von uns ein tiefes und verständliches Bedürfnis. Eine der Voraussetzungen dafür ist ein stabiler Rückhalt für unerwartete Ereignisse im Leben, z. B. durch eine gute Versicherung.

Auch in der Krankenversicherung wird individuelle Vorsorge immer wichtiger. Wir, die Gothaer Krankenversicherung, gehören als traditionelles Versicherungsunternehmen zu den größten privaten Krankenversicherungen in Deutschland.

Wir entwickeln intelligente Lösungen, die an die Erfordernisse des Gesundheitsmarktes angepasst sind. Als moderner Gesundheitsdienstleister reagieren wir auf das steigende Gesundheitsbewusstsein vieler Menschen mit innovativen Lösungen, die gesundheitsbewusstes Leben, aktive Vorsorge und Prävention fördern. Neben bedarfsgerechtem Versicherungsschutz bieten wir auch umfangreichen Service im Bereich der Gesundheitsberatung und bei der Unterstützung im Krankheitsfall. Für uns ist Versicherungsschutz mehr als reine Kostenerstattung!

Mit dieser Broschüre überreichen wir Ihnen alle wichtigen Informationen zu unseren individuellen Tariflösungen im Bereich der privaten Ergänzungsversicherung.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit die Unterlagen durchzulesen. Ist Ihnen etwas unklar oder haben Sie sonst noch Fragen? Wenden Sie sich einfach an Ihren persönlichen Betreuer.

Wir würden uns freuen, Sie zukünftig als Kunde begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gothaer Krankenversicherung AG

Inhalt dieser Broschüre:

- Produktinformationsblatt 3
- Wichtige Hinweise zu Anzeigepflicht 5
- Antrag 7
- Allgemeine Kundeninformation 8
- Merkblatt zur Datenverarbeitung 10
- Versicherungsbedingungen 13

Produktinformationsblatt

| | |
|--|---|
| Vorbemerkung | <p>Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen kurzen Überblick über die Gothaer Ergänzungsversicherung.</p> <p>Bitte beachten Sie: Diese Informationen sind nicht abschließend. Weitere wichtige Informationen entnehmen Sie den nachfolgenden Unterlagen</p> <ul style="list-style-type: none">– Allgemeine Kundeninformationen– Merkblatt zur Datenverarbeitung– Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) |
| Die Art der Versicherung sowie die versicherten Risiken | <p>Gothaer MediTop 1</p> <p>ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bietet:</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % des Eigenanteils für Sehhilfen, bis 120 Euro alle zwei Jahre• 35 % bzw. 30 %, mindestens 20 % bei Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung• 10 Euro für jeden Tag einer stationären Krankenhausbehandlung, bis zu 28 Tage pro Kalenderjahr• 100 % des Eigenanteils für Heilbehandlung im Ausland, einschließlich medizinisch notwendiger Rücktransporte <p>Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs MediTop 1 finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none">– Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009– Teil II Tarifbedingungen– Teil III Tarif MediTop 1 <p>Gothaer MediTop 2</p> <p>ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung bietet:</p> <ul style="list-style-type: none">• 100 % des Eigenanteils für Sehhilfen, bis 120 Euro alle zwei Jahre• 35 % bzw. 30 %, mindestens 20 % bei Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung• 100 % im Rahmen privatärztlicher Behandlung für Kieferorthopädie, sofern die GKV nach Indikationsgruppen nachweislich nicht leistet, sowie Implantate• 80 % der erstattungsfähigen Kosten einschließlich der verordneten Arzneimittel für Behandlung durch Heilpraktiker, jährlich bis 500 Euro• 10 Euro für jeden Tag einer stationären Krankenhausbehandlung, bis zu 28 Tage pro Kalenderjahr• 100 % des Eigenanteils für Heilbehandlung im Ausland, einschließlich medizinisch notwendiger Rücktransporte <p>Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs MediTop 2 finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:</p> <ul style="list-style-type: none">– Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009– Teil II Tarifbedingungen– Teil III Tarif MediTop 2 <p>Gothaer MediPrävent</p> <p>ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich oder privat Versicherte, die Versicherungsschutz für Vorsorgeuntersuchungen bietet:</p> <ul style="list-style-type: none">– Umfassende Leistungen zur Gesundheitsvorsorge– Individueller Leistungskatalog für jedes Lebensalter– Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten– Privatärztliche Behandlung <p>Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs MediPrävent finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeversicherung Tarif MediPrävent.</p> |
| • Risikoausschlüsse | <p>Bitte beachten Sie den Abschnitt „Leistungsausschlüsse“. Eine Differenzierung zwischen Risiko- und Leistungsausschlüssen ist in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht möglich.</p> |
| Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum | <p>Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antrag.</p> <p>Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.</p> <p>Der Beitrag kann sich im Rahmen einer Gesundheitsprüfung noch ändern. Hierauf weisen wir gesondert hin.</p> <p>Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.</p> <p>Folgende Beitragsraten sind jeweils am 1. eines Monats fällig.</p> <p>Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Beitragszahlung endet mit dem Vertragsende.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beitragszahlung“ und „Beitragsberechnung“ Teil I der AVB.</p> |

| | |
|---|--|
| Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen | Ihre Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages gilt als rechtzeitig , wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt. Zahlungen von Folgebeiträgen, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet werden. Sofern Sie uns eine Einzugsermächtigung (Lastschriftverfahren) erteilen, gilt Ihre Zahlung jeweils als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum angegebenen Fälligkeitstag von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ Teil I der AVB. |
| Leistungsausschlüsse | Kein Versicherungsschutz besteht für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die beispielsweise vorsätzlich verursacht wurden. Weitere Leistungsausschlüsse entnehmen Sie dem Abschnitt „Einschränkungen der Leistungspflicht“ Teil I der AVB. Weitere Einschränkungen unserer Leistungspflicht können sich im Rahmen der Gesundheitsprüfung ergeben. Hierauf weisen wir gesondert hin. |
| Pflichten (Obliegenheiten) | Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten zu erfüllen. Fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzungen , können uns berechtigen vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag zu kündigen. Einige Beispiele nennen wir Ihnen in diesem Produktinformationsblatt. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ Teil I der AVB. |
| • bei Vertragsabschluss | Bei Abschluss des Versicherungsvertrages erfragen wir schriftlich oder in Textform Ihren Gesundheitszustand . Unsere Gesundheitsfragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. |
| • während der Vertragslaufzeit | Während der Vertragslaufzeit bestehen beispielsweise folgende Pflichten <ul style="list-style-type: none"> • Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit. • Bitte beachten Sie, dass eine weitere Krankentagegeldversicherung oder Krankentagegeldversicherung nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden darf. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankentagegeldversicherung bedarf ebenfalls unserer Einwilligung. • Sofern eine Krankentagegeldversicherung besteht, teilen Sie uns einen Berufswechsel oder eine Änderung der beruflichen Tätigkeit bitte unverzüglich mit. |
| • bei Eintritt des Versicherungsfalles | Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind insbesondere Sie verpflichtet, uns alle zur Feststellung des Leistungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendige Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu überlassen. Bitte lassen Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen, falls dies von uns als notwendig erachtet wird. |
| Beginn und Ende des Versicherungsschutzes | Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“ Teil I der AVB. |
| Hinweise zur Beendigung des Vertrages | Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Ende der Versicherung“ Teil I der AVB. |

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten 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 gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben.

Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss 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 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.

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 Vertrages 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 zu Last fällt.

Der private Ergänzungsschutz nach Tarif MediTop und MediPrävent für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen.



AN210460

AO/MA Makler/Sonstige **0** GKR-Agenturnummer **1** VD-/MD-Agenturnummer
 Versicherungsnummer

Antragsteller/ Versicherungsnehmer (VN)
 männlich weiblich
 Titel, Vorname, Name
 Straße und Hausnummer
 Staat Postleitzahl Ort
 Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche Berufsschlüssel – s. Rückseite

zu versichernde Person (VP)
 männlich weiblich
 Titel, Vorname, Name
 Geburtsdatum Staatsangehörigkeit derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche Wochen Gehaltsfortzahlung Immer ausfüllen! Berufsschlüssel – s. Rückseite
 Abweichende Anschrift immer angeben (siehe Beiblatt 211377)

Versicherungs-umfang und Beitragsberechnung in Euro
 Tarif **MediTop 1** monatlicher Beitrag oder Tarif **MediTop 2** monatlicher Beitrag + Tarif **MediPrävent** monatlicher Beitrag + medizinischer Wagnisausgleich **Ihr zu zahlender monatlicher Gesamtbeitrag**

Beginn und Dauer der Versicherung
0 1 2 0 Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von 2 Jahren abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um jeweils 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. **Die Mindestzahlungsrate beträgt 10 EUR.**
Zahlweise Buchen Sie die jeweils fälligen Beiträge bis auf Widerruf jährlich (4 % Nachlass) 1/2-jährlich 1/4-jährlich monatlich von folgendem Konto ab:
Einzugs-ermächtigung (LSV)
 Kontonummer Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)
 Bankleitzahl Geldinstitut (Name und Ort)

Angaben zum Gesundheitszustand
Beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz.
 1. Fanden Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten? nein ja
 a) in den letzten 3 Jahren ambulant durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige anderer Heilberufe 1.a)
 b) in den letzten 5 Jahren stationär (auch in Kurkliniken oder Sanatorien) 1.b)
 c) in den letzten 10 Jahren durch Psychotherapeuten oder Psychiater 1.c)
 2. a) Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne u. Lückenschlüsse), die noch nicht ersetzt sind? 2.a)
 Wenn ja, Anzahl fehlender Zähne angeben. Keine Versicherbarkeit ab 4 fehlenden Zähnen.
 b) Findet eine zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz-, Kronen-, Inlays-, Kieferorthopädie- oder Parodontosebehandlung) statt oder ist eine solche beabsichtigt oder angeraten? 2.b)
Nur für MediTop 2 zu beantworten:
 3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen, Untersuchungen (hierzu zählen auch Kontrolluntersuchungen aufgrund Vorerkrankungen), Beratungen oder Operationen statt bzw. sind solche beabsichtigt oder angeraten? 3.
 4. Ist eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, geplant oder angeraten? 4.
 Wenn ja, stellen Sie den Antrag erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung.

Größe und Gewicht
 Größe in cm Gewicht in kg
Ergänzende Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen 1. und 2.

| Frage | Genaue Krankheitsbezeichnungen (Diagnosen), Art der Beschwerden, Behandlungen/Untersuchungsergebnisse, Arzneimittelname und Dosis | Behandlungszeiträume (bei Arbeitsunfähigkeiten zusätzlich Dauer in Tagen) von – bis (TT.MM.JJ) / Tage | Behandlungsfrei? nein ja, seit | Beschwerdefrei? nein ja, seit | Operationen? nein ja | Heilbehandler (auch Krankenanstalten, Sanatorien) Name, Postleitzahl und Ort |
|-------|---|---|---|---|---|--|
| | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

 Das gesonderte Beiblatt „Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand“ (211377) ist beigelegt. nein ja

Angaben zu bestehenden und früheren Versicherungen der letzten 5 Jahre
Bitte beachten: Ein in den letzten 5 Jahren abgelehnter oder gekündigter Versicherungsschutz ist ebenfalls anzugeben.
 Abkürzungen: GKV = Gesetzliche Krankenversicherung / PKV = Private Krankenversicherung / VU = Versicherungsunternehmen / VN = Versicherungsnehmer

| Wie und wo sind Sie versichert? | Haben Sie bereits eine Ergänzungsversicherung/ Krankenhaustagegeldversicherung? Wenn ja, welcher Tarif (Höhe) bei welchem VU? | Wurde ein Antrag abgelehnt? nein ja, am | Wurde ein Vertrag gekündigt? nein ja, Laufzeit von/bis | Wer kündigte? VU VN |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| GKV PKV (VU) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Empfangsbekennnis Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Kundeninformation nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) einschließlich dem Merkblatt zur Datenverarbeitung und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Broschüre 210460, Stand 01.01.2009.

Schluss-erklärungen und Unterschriften Die auf der Rückseite beschriebenen **Erklärungen und wichtigen Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ zum Inhalt dieses Antrags und bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der eingetragenen Antworten auf allen Antragsseiten.

Versicherungs-schutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und vor Ablauf etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten. Abweichend von § 8 Abs. 3 AVB wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Ort, Datum **Unterschrift der zu versichernden Person** (bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Vermittler **Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)** **Antragsteller/Versicherungsnehmer**

Original für die Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer

Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und schriftlich beantworten muss. Dabei sind auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden zu den gestellten Fragen anzugeben. Bitte beachten Sie: Die Verpflichtung gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern auch dann, wenn ein Dritter (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen den Antrag ausfüllt. Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht: Sind die Angaben zu den im Antrag gestellten Fragen unzutreffend oder unvollständig beantwortet, kann der Versicherer bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder den Vertrag anpassen und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Einwilligungs-klausel nach dem Bundesdaten-schutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG, Köln, im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsveränderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Gothaer Krankenversicherung AG und die mit ihr konzerntmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen oder im Rahmen einer von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) vorgelegten oder von ihr genehmigten Funktionsausgliederung durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte führen lassen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler jedoch nur, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiterhin ein, dass der / die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Entbindung von der Schweigepflicht Krankenversicherung und private Pflegepflichtversicherung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus. Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und / oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können. Ich bin darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass ich jederzeit vom Versicherer verlangen kann, dass eine Erhebung von personenbezogenen Gesundheitsdaten nur erfolgt, wenn ich jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt habe.

Antrags-bindungsfrist

An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags

Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, eine zwischenzeitlich festgestellte Schwangerschaft und einen vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und/oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.

Vertrags-grundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Zustande-kommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von zwei Wochen seine Vertragserklärung widerruft.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt an dem Tag, an dem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) vollständig erhalten haben und Sie über das Widerrufsrecht und seine Rechtsfolgen belehrt worden sind. Der Widerruf ist an die Anschrift Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln zu senden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Rechtsfolgen des Widerrufs:
Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Ihr Versicherungsschutz endet, wenn Sie auf Ihr Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden sind und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, haben wir nun den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil bereits gezahlter Beiträge zu erstatten. Die Erstattung muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Ist der Hinweis auf die Rechtsfolgen des Widerrufs unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Beiträge zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Änderung von Anschrift und Namen

Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.

Berufs-schlüssel

- | | |
|---|---|
| <p>Nicht selbstständig 03 – Angestellte 04 – Arbeiter im Öffentlichen Dienst 05 – Arbeiter 06 – Handwerker 20 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherren 21 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherren 22 – Beamte und Versorgungsempfänger und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherren 30 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherren 31 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherren 32 – Pflichtversicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherren 40 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Bund als Dienstherren 41 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige beim Land als Dienstherren 42 – Freiwillig in der GKV versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst und deren Familienangehörige bei sonstigen Dienstherren 50 – Fluggesellschaft</p> | <p>Selbstständige 07 – Handwerker 08 – Sonstige Gewerbetreibender 09 – Landwirt 10 – Freier Beruf 11 – Unternehmer</p> <p>Sonstige 12 – Schüler 13 – Student 14 – Hausfrau 15 – Rentner 16 – ohne Beruf 90 – Kinder</p> |
|---|---|

Allgemeine Kundeninformation

| | |
|--|---|
| Informationen zum Vertrag | Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben. Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag. |
| • Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben | |
| • Bindefrist | Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages sechs Wochen gebunden. |
| • Zustandekommen des Vertrages | Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von zwei Wochen widerrufen. |
| • Widerrufsrecht | Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen . Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und Versicherungsinformationen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln (Postfachanschrift) oder Arnoldiplatz 1, 50969 Köln. |
| • Widerrufsfolgen | Üben Sie Ihr Widerrufsrecht aus, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil bereits gezahlter Beiträge zu erstatten , wenn Sie auf Ihr Widerrufsrecht, die Rechtsfolge des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden sind und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die Erstattung muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Ist der Hinweis auf die Rechtsfolgen des Widerrufs unterblieben, haben wir zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Beiträge zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. |
| • Laufzeit des Vertrages | Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Vorschlag. |
| • Beendigung des Vertrages | Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen. |
| • Vertragssprache | Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden. |
| • Anwendbares Recht | Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. |
| • Gerichtsstand | Ansprüche gegen den Versicherer können Sie bei dem Gericht am Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder vor dem Landgericht Köln (Sitz des Versicherers) geltend machen. |
| • Gesellschaftsangaben (Identität des Versicherers) | Gothaer Krankenversicherung AG Rechtsform Registergericht und Registernummer Steuernummer Aktiengesellschaft Amtsgericht Köln, HRB 35505 215 / 5887 / 0021 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Roland Schulz Vorsitzender des Vorstands: Michael Kurtenbach Vorstand: Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Dr. Herbert Schmitz Postanschrift: 50598 Köln |
| • Ladungsfähige Anschrift | Hausanschrift: Arnoldiplatz 1 50969 Köln |
| • Hauptgeschäftstätigkeit | Direkter und indirekter Betrieb der privaten Krankenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen. |
| Aufsichtsbehörde | Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungen Graurheindorfer Straße 108 53117 Bonn |

Ansprechpartner zur außergerichtlichen Schlichtung

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.

Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten für die Private Kranken- und Pflegepflichtversicherung:

• **Versicherungsombudsmann**

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

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen nicht berührt.

**Garantie-/Sicherungsfonds
(Entschädigungsregelungen)**

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

**Informationen zur
Versicherungsleistung und
zum Gesamtbeitrag**

Die **wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung**, wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtbeitrag und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt genannt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wurde durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerrufs oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen wie in der Vorbemerkung beschrieben erfolgen.

Schweigepflicht-entbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie beispielsweise bei einem Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und Datennutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie z. B. Versicherungsnummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir entsprechend der Vertragsart Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer achten wir wie alle Versicherer stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen ebenfalls entsprechende Daten übergeben werden.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§ 78 VVG Haftung bei Mehrfachversicherung, § 86 VVG Übergang von Ersatzansprüchen sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie z. B. Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme bzw. werden zentrale Datensammlungen geführt.

Solche Hinweissysteme gibt es z. B. beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer:

Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer/Krankenversicherer:

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers, Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Sachversicherer:

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäck-Versicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Unternehmensgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Kranken-, Lebens- und Sachversicherung) durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben.

Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Im Rahmen der dem Bundesaufsichtsamt für das Finanzwesen vorgelegten oder von ihm genehmigten Funktionsausgliederungen kann diese zentrale Datensammlung auch durch besonders auf die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes verpflichtete Dritte erfolgen.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung des jeweiligen Unternehmens.

Unserem Konzern gehören derzeit folgende Unternehmen an:

- Gothaer Versicherungsbank VVaG, Köln
- Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Köln
- Gothaer Lebensversicherung AG, Köln
- Gothaer Krankenversicherung AG, Köln
- Gothaer Asset Management AG, Köln
- Asstel Lebensversicherung AG, Köln
- Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH, Köln
- Asstel Sachversicherung AG, Köln
- CG Car Garantie Versicherungs-AG, Freiburg
- GSC – Gothaer Schaden-Service-Center GmbH, Berlin
- GKC – Gothaer Kunden-Service-Center GmbH, Köln

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden im Bereich Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen, wobei die Zusammenarbeit in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden besteht. Zurzeit kooperieren wir mit:

- Aachener Bausparkasse AG, Aachen
- Landesbank Berlin AG, Berlin
- ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Köln

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner) werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften (sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u. a.).

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Das sind beispielsweise Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere Finanzdienstleistungen wie z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). In der Personenversicherung können ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung unserer Kunden. Wir informieren unsere Vermittler über Änderungen von kundenrelevanten Daten. Jeder Vermittler ist vertraglich und gesetzlich dazu verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besondere Schweigepflicht (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Wir teilen Ihnen den Vermittler, der für Ihre Betreuung zuständig ist, mit. Wenn seine Tätigkeit für uns endet, regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerspruchsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte oder Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an uns.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen

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.

1.1 Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben. Personen mit Leiden oder Gebrechen können zu besonderen Bedingungen aufgenommen werden.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

4.1 Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 4 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

2.1 Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.

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.

§ 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) 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.

3.1 Für Zahnbehandlung gilt abweichend von Abs. 3 nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten; für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt die besondere achtmonatige Wartezeit.

3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.

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

4.1 Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

4.2 Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen.

Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.

4.3 Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen gemäß § 1 Abs. 6, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluß vereinbart wurde.

5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

2.1 Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

2.2 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandler im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

2.3 Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.

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

- 3.1 Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviscidose zu vermeiden.
- 3.2 Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
- 3.3 Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen und Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe und gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle.
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.
- 4.1 Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.
- In Krankenhäusern, die nicht nach der BpflV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
- 4.2 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.
5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
7. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbegins für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
8. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.
9. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - 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 Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - (entfallen);

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

- 1.1 Abweichend von Abs. 1 b) sind im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung bei einer erstmaligen stationären Entziehungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig, soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitations-träger handelt.
- 1.2 Abweichend von Abs. 1 d) und Abs. 1 e) sind die Aufwendungen für ambulante Kurbehandlung sowie die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig.
Im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sind die während einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung entstandenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten als ambulante Kurkosten im tariflichen Rahmen erstattungsfähig. Solche Versicherungsleistungen können erstmals für Behandlung nach dreijähriger Versicherungsdauer erbracht werden und danach im Abstand von jeweils drei Jahren.
Abs. 1 d) bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger handelt.
- 1.3 Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
- 1.4 Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
- 1.5 Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.

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

- 2.1 Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muß der Heilbehandler in der Sprechstunde auf-gesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

- 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.

- 1.1 Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zunahme der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, 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.
Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.

- 1.2 Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.

- 1.3 Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.

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

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

- 4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

- 4.1 Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

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

- 5.1 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto und Kosten für Übersetzungen werden nicht abgezogen.

- 6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

- 6.1 Ist ein Krankenhausausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

1.1 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. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

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

1.1 Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlaß (Skonto) von 4% des Beitrages.

1.2 Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.

2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

6. Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (s. Anhang) fortgesetzt.

7. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

7.1 Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

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

9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9.1 Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag nach den ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung vereinbaren. Für die Dauer des Ruhens sind Anwartschaftsbeiträge zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angeordnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
- 1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10%. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5% festgestellt wird.
Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5%.
- 1.2 Die Höhe der Entbindungspauschale (§ 4 Abs. 8 AVB) sowie tariflich vereinbarte Höchstsätze und Ersatzleistungen für die Nichtinanspruchnahme versicherter Leistungen werden bei einer Beitragsanpassung überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls der Kostenentwicklung angepasst.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8c Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

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

§ 8d Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen werden zusätzlich Beträge nach Maßgabe von § 12a VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 Auf die fristgemäße Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

**§ 10
Folgen von Obliegenheits-
verletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhalten 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 Obliegenheitsverlet-
zungen bei Ansprüchen gegen
Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

**§ 12
Aufrechnung**

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

Ende der Versicherung

**§ 13
Kündigung durch den
Versicherungsnehmer**

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. 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 erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- 8.1 Bei einem vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag und späterem Wechsel in eine substitutive Krankenversicherung des Versicherers mit Übertragungswert, kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung nur die Übertragung des nach diesem Wechsel aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer verlangen, bei dem er gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag abschließt.
9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
10. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

10.1 Abweichend von Abs. 10 beträgt die Erklärungsfrist für die versicherten Personen drei Monate.

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

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
2. Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

2.1 Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

3. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
4. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
5. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19
Wechsel in den Standardtarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
2. Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20
Wechsel in den Basistarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Anhang:
Auszug aus dem 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

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

§ 28
Verletzung einer vertraglichen
Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder 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 Ersatz-
ansprüchen**

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 § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.
 Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195
Versicherungsdauer

1. Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- .
- .
- .

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12
Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 257
Beitragszuschüsse für Beschäftigte Abs. 2a

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
 3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
 4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
 6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

- § 1**
Form und Voraussetzungen
- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts gründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
 - (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Krankheitskosten-Tarif MediTop 1

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistung des Versicherten

- 1. Brillen und Kontaktlinsen** **80%** der verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von **120 EUR**. Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug.

- 2. Krankenhaustagegeld** Krankenhaustagegeld in Höhe von **10 EUR** je Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes, höchstens **28 Tage** pro Kalenderjahr.

- 3. Zahnersatz
Zahnärztliche Regelversorgung** Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
 - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
 - zugehörige zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
 - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,soweit diese für die zahnärztliche Regelversorgung (siehe Abschnitt C.2) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzt werden.
Nach abgeschlossener Behandlung ist der Umfang der zahnärztlichen Regelversorgung mit Zahnersatz durch Vorlage der Zahnarztrechnung sowie des von der Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes nachzuweisen. Die Zahnarztrechnung ist mit einem Erstattungsvermerk der GKV zu versehen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu
 - 20%** erstattet.Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf
 - 30% oder 35%**entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (siehe Anhang §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB V).
Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt
 - 250 EUR** im ersten Versicherungsjahr,
 - 500 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - 1.000 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - 2.000 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren.Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze.
Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediTop 1 ab dem fünften Versicherungsjahr.

- 4. Behandlung im Ausland** **100%** der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu sechs Wochen Dauer einschließlich der Aufwendungen
 - für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport,
 - für eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder
 - für die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Nach Tarif MediTop 1 sind Personen versicherungsfähig, die als Mitglied oder Familienversicherte in der deutschen GKV versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen dem Doppelten der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
4. Als Heilbehandlung im Ausland gelten
 - 4.1 ärztliche Behandlung einschließlich Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Fehlgeburt, nicht aber Schwangerschaftsabbruch und Entbindung,
 - 4.2 Arzneien und Verbandmittel,
 - 4.3 Heil- und Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden,
 - 4.4 stationäre Behandlung in den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen,
 - 4.5 Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus,
 - 4.6 schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.
5. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschlands. Ist die Rückreise innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.
6. Ein medizinisch notwendiger Rücktransport liegt dann vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.
7. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Vom Beginn des vierten Versicherungsjahres an verzichtet der Versicherer auf die Einschränkung der Leistungspflicht nach Absatz b), soweit die Behandlung nicht schon vor Reiseantritt hätte durchgeführt werden können. Diese Aufhebung des Leistungsausschlusses gilt auch bei Tarifwechsel erst vom vierten Versicherungsjahr an.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Wartezeiten

Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB sind Wartezeiten für Brillen und Kontaktlinsen (Abschnitt A. 1) sowie Behandlung im Ausland (Abschnitt A. 4) nicht einzuhalten.

F. Anpassung des Versicherungsschutzes

Leistungsanpassung

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 22 Verhütung von Zahn- erkrankungen (Individual- prophylaxe)

1. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
2. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.

3. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.
4. (weggefallen)
5. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.

§ 55 Leistungsanspruch

1. Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem

1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

2. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

3. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegränze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
5. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Krankheitskosten-Tarif MediTop 2

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Brillen und Kontaktlinsen** **80%** der verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von **120 EUR**. Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug.
- 2. Alternative Heilmethoden** **80%** der Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), bis zu einem Erstattungsbetrag von **500 EUR** pro Kalenderjahr.
- 3. Krankenhaustagegeld** Krankenhaustagegeld in Höhe von **10 EUR** je Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes, höchstens **28 Tage** pro Kalenderjahr.
- 4. Zahnersatz**
 - 4.1 Zahnärztliche Regelversorgung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

 - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
 - zugehörige zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
 - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,soweit diese für die zahnärztliche Regelversorgung (siehe Abschnitt C.2) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzt werden.

Nach abgeschlossener Behandlung ist der Umfang der zahnärztlichen Regelversorgung mit Zahnersatz durch Vorlage der Zahnarztrechnung sowie des von der Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes nachzuweisen. Die Zahnarztrechnung ist mit einem Erstattungsvermerk der GKV zu versehen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

 - 20%** erstattet.

Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf

 - 30% oder 35%**

entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (siehe Anhang §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB V).

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt

 - 250 EUR** im ersten Versicherungsjahr,
 - 500 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - 1.000 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - 2.000 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen die Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediTop 2 ab dem fünften Versicherungsjahr.
 - 4.2 Privatzahnärztliche Leistungen**

100% der Aufwendungen für implantologische Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der zugehörigen Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

In diesem Zusammenhang erhaltene Leistungen für die zahnärztliche Regelversorgung der GKV sind von den Aufwendungen in Abzug zu bringen.

100% der Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen, wenn die GKV für eine kieferorthopädische Indikation keine Leistungen erbringt.

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen, einschließlich der zugehörigen Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt

 - 1.000 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - 1.250 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - 1.500 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren,
 - 1.500 EUR** ab dem fünften Versicherungsjahr

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls beträgt der Höchstsatz auch in jedem der ersten vier Versicherungsjahre **1.500 EUR**.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediTop 2 ab dem vierten Versicherungsjahr.

5. Behandlung im Ausland

- 100 %** der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu sechs Wochen Dauer einschließlich der Aufwendungen
- für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport,
 - für eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder
 - für die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Nach Tarif MediTop 2 sind Personen versicherungsfähig, die als Mitglieder oder Familienversicherte in der deutschen GKV versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen dem Doppelten der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
4. Als Heilbehandlung im Ausland gelten
 - 4.1 ärztliche Behandlung einschließlich Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Fehlgeburt, nicht aber Schwangerschaftsabbruch und Entbindung,
 - 4.2 Arzneien und Verbandmittel,
 - 4.3 Heil- und Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden,
 - 4.4 stationäre Behandlung in den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen,
 - 4.5 Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus,
 - 4.6 schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.
5. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschlands. Ist die Rückreise innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.
6. Ein medizinisch notwendiger Rücktransport liegt dann vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Mit versichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.
7. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Vom Beginn des vierten Versicherungsjahres an verzichtet der Versicherer auf die Einschränkung der Leistungspflicht nach Absatz b), soweit die Behandlung nicht schon vor Reiseantritt hätte durchgeführt werden können. Diese Aufhebung des Leistungsausschlusses gilt auch bei Tarifwechsel erst vom vierten Versicherungsjahr an.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Wartezeiten

Wartezeiten Abweichend von § 3 AVB sind Wartezeiten für Brillen und Kontaktlinsen (Abschnitt A. 1) sowie Behandlung im Ausland (Abschnitt A. 5) nicht einzuhalten.

F. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 22 Verhütung von Zahn- erkrankungen (Individual- prophylaxe)

1. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
2. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.
3. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.
4. (weggefallen)
5. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.

§ 55 Leistungsanspruch

1. Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem

1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

2. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden

Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

3. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
5. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Vorsorgetarif MediPrävent

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versiche- rungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für die in § 5 aufgeführten ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeleistungen. Er ersetzt die hierfür entstehenden Aufwendungen in dem Umfang und in der Höhe, die in § 5 Abs. 1 bis 5 festgelegt sind. Für die Durchführung der Vorsorgeleistungen können alle niedergelassenen approbierten Ärzte und Zahnärzte in Anspruch genommen werden.
2. Versicherungsfähig sind nur Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.
3. Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, sind nur in Verbindung mit mindestens einem Elternteil versicherungsfähig.
4. Aufnahmefähig sind nur Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben.
5. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Antrag, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, späteren schriftlichen Vereinbarungen sowie den gesetzlichen Bestimmungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

§ 2 Beginn des Versicherungs- schutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bzw. im Antrag bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Für Vorsorgeleistungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes erbracht wurden, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages erbrachte Vorsorgeleistungen sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt.
2. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bzw. der Aushändigung des Versicherungsscheins zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer speziell hierfür vorgesehenen Antrag ordnungsgemäß beantragt (maßgebend ist das Datum des Poststempels), gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern eine Beitragseinzugsermächtigung abgegeben wird, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Erstbeitrages erfolgt. Als Versicherungsschein gilt auch die Kopie/Durchschrift des Antrags oder eine entsprechende schriftliche Bestätigung des Versicherers. Der Vorsorgetarif wird im Schriftverkehr unter der Bezeichnung „VOR“ geführt.
3. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens zwei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

§ 3 Wartezeit

Wartezeiten sind nicht einzuhalten.

§ 4 Vertragsdauer und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.
3. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch dann, wenn eine Vorsorgeleistung gemäß § 5 vorher schon begonnen wurde und noch nicht beendet ist.

§ 5
Umfang der Leistungspflicht

| | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Leistungen ab Geburt | | |
| a) Neugeborenen-Hör-Check einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate • Beratung • Messung akustischer Signale | 3 1409 | 2,3 2,3 |
| b) Hör-Check für Kinder und Jugendliche einmalig bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr • Beratung • Tonschwellenaudiometrie | 1 1403 | 2,3 2,3 |
| c) Schiellvorsorge für Kinder einmalig bis zum vollendeten 3. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 4. und vollendeten 6. Lebensjahr • Beratung • subjektive Refraktionsbestimmung • objektive Refraktionsbestimmung • Untersuchung Heterophorie | 3 1200 1202 1216 | 2,3 2,3 2,3 2,3 |
| d) Augen-Check für Kinder und Jugendliche einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr • Beratung • subjektive Refraktionsbestimmung • objektive Refraktionsbestimmung | 1 1200 1202 | 2,3 2,3 2,3 |
| e) Kindervorsorge „U9a“ einmalig im 8. Lebensjahr | 26 | 2,3 |
| f) Kindervorsorge „U9b“ einmalig im 10. Lebensjahr | 26 | 2,3 |
| g) Jugendlichenvorsorge „J2“ einmalig zwischen dem 14. und vollendeten 16. Lebensjahr | 26 | 2,3 |
| h) Hauttypbestimmung inklusive Sonnenlichtberatung einmalig • Beratung • vegetative Funktionsdiagnostik • UV-Erythemschwelle | 3 831 761 | 2,3 2,3 2,3 |
| 2. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr | | |
| a) Individuelle Zahnprophylaxe einmalig innerhalb von 1 Jahr Höchstleistungsbetrag: 75 EUR | | |
| b) Hautkrebsvorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren • Beratung • Untersuchung • Auflichtmikroskopie | 1 7 750 | 2,3 2,3 2,3 |
| c) Helicobacter-pylori-Test (Verursacher von Mageneschwüren und verschiedenen Magenkrebsformen) zweimalig • C-Harnstoff-Atemtest • Testset | A617 | 1,8 |

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

| | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor |
|--|-----------------|-----------------------------|
| d) Lifestyle-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren bis zum vollendeten 35. Lebensjahr | | |
| • Beratung | 1 | 2,3 |
| • Untersuchung Ganzkörperstatus (BMI, Verhältnis Taillen-/ Hüftumfang, Blutdruck) | 8 | 2,3 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 |
| • HbA1 C | 3561 | 1,15 |
| • Gesamt-Cholesterin | 3562.H1 | 1,15 |
| • HDL | 3563.H1 | 1,15 |
| • LDL | 3564.H1 | 1,15 |
| • Gesamt-Triglyceride | 3565.H1 | 1,15 |
| • Harnsäure | 3583.H1 | 1,15 |
| • Gamma-GT | 3592.H1 | 1,15 |
| e) Schilddrüsen-Check alle 2 Jahre | | |
| • Beratung | 1 | 2,3 |
| • Ultraschall der Schilddrüse | 417 | 2,3 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 |
| • TSH | 4030 | 1,15 |
| f) Zusätzlich bei einer Schwangerschaft Ultraschalluntersuchung des Fötus (6.–8. Schwangerschaftswoche) einmalig bei einer Schwangerschaft | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 |
| • Ultraschall | 415 | 2,3 |
| g) Triple-Test einmalig bei einer Schwangerschaft | | |
| • AFP | 3743 | 1,15 |
| • Choriongonadotropin | 4024 | 1,15 |
| • Östriol | 4027 | 1,15 |
| 3. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr | | |
| a) Großer Gesundheits-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Untersuchung zur Früherkennung | 29 | 2,3 |
| • Belastungs-EKG | 652 | 2,3 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 |
| • BSG | 3501 | 1,15 |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 |
| • Triglyceride | 3565.H1 | 1,15 |
| • Cholesterin | 3562.H1 | 1,15 |
| • HDL | 3563.H1 | 1,15 |
| • LDL | 3564.H1 | 1,15 |
| • Kreatinin | 3585.H1 | 1,15 |
| • Gamma-GT | 3592.H1 | 1,15 |
| • GPT | 3595.H1 | 1,15 |
| • GOT | 3594.H1 | 1,15 |
| • Harnsäure | 3583.H1 | 1,15 |
| b) Ergänzende Krebsvorsorge für Frauen einmalig innerhalb von 2 Jahren | | |
| • Mammographie (bis Alter 49) oder US-Brustdrüse (bis Alter 49, alternativ zu Mammographie) | 2x5266 2x418 | 1,8 1,8 |
| • Ultraschall | 410 | 2,3 |
| • weitere Ultraschall | 3x420 | 2,3 |
| • transvaginal Ultraschall | 403 | 1,8 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 |

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

| | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor |
|--|-------------|-----------------------------|
| 4. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr | | |
| a) Ergänzende Krebsvorsorge für Männer einmalig innerhalb von 2 Jahren | | |
| • Ultraschall | 410 | 2,3 |
| • weitere Ultraschall | 3x420 | 2,3 |
| • transrektal Ultraschall | 403 | 1,8 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 |
| • PSA | 3908.H3 | 1,15 |
| b) Grüner-Star-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 |
| • Augenhintergrund | 1242 | 2,3 |
| • tonometrische Untersuchung | 1256 | 1,8 |
| c) Osteoporose-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 |
| • CT, Osteodensitometrie | 5380 | 1,8 |
| 5. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr | | |
| a) Schlaganfall-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 |
| • Untersuchung des Strömungsverhaltens | 645 | 1,8 |
| b) Hirnleistungs-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 |
| • orientierende Testuntersuchung | 857 | 2,3 |

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der GOÄ.
3. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
4. 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.
5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Beitragszahlung

1. Für die Höhe der Beiträge sind das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 18., 35., 45. und 55. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
4. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
5. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist bei Antragstellung bzw. spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages zahlbar. Die Erteilung einer Beitragseinzugsermächtigung, aufgrund deren ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung (vgl. § 2 Abs. 2).

6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der vom Versicherer geltend gemachten Mahnkosten verpflichtet.
8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 Beitragsanpassung

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, so wird der Beitrag vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, angepasst. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, kann der Beitrag überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
2. Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten/Folgen bei Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Festlegung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. 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.
3. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 1 genannte Obliegenheit verletzt wird.

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ende der drei ersten Versicherungsjahre, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
3. Erhöht sich der Beitrag wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters gemäß § 7 Abs. 2, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel in § 8 oder verändert er den in § 5 beschriebenen Umfang seiner Leistungspflicht gemäß § 16, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Er kann in jedem Fall bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.
5. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 12 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der drei ersten Versicherungsjahre, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 13 Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Der Versicherungsvertrag endet bei Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit (vgl. § 1 Abs. 2), nicht jedoch durch Vollendung des 65. Lebensjahres.

§ 14
Willenserklärung und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 15
Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 16
Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Zu den nicht nur vorübergehenden Veränderungen der Verhältnisse des Gesundheitswesens gehören insbesondere Änderungen der GOÄ, des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) als „Gebührenordnung für Kassenärzte“ in Bezug auf Abrechnungen gegenüber der GKV sowie Erweiterungen oder Einschränkungen des Leistungsspektrums der GKV.
2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Bei Erweiterungen des Leistungsspektrums der GKV im Sinne von Abs. 1 kann eine medizinisch nicht sinnvolle Mehrfachabsicherung entstehen. In diesem Fall können solche mehrfach abgesicherten Leistungen aus dem Vorsorgetarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen werden. Bei Einschränkungen des Leistungsspektrums der GKV im Sinne von Abs. 1 kann ein medizinisch sinnvoller Versicherungsbedarf entstehen. In diesem Fall können solche Leistungen in den Tarif hereingenommen und die Beiträge entsprechend angepasst werden.
4. Eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsabschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist oder wenn sie der Aufrechterhaltung des Gegenstandes der Versicherung im Sinne von § 1 Abs. 1 dient.

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

3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden 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.

Leistungsverzeichnis des Gothaer Vorsorgetarifs

Auf den Rechnungen sind neben der GOÄ-Ziffer* und dem GOÄ-Steigerungssatz die Bezeichnung/der Name der Leistungsziffer sowie Name und Geburtsdatum der behandelten Person anzugeben.

Zur Vorlage bei
Ihrem Arzt – einfach
heraustrennen!

| | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor | | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor |
|--|---------------------------|-----------------------------|---|---|---|
| 1. Leistungen ab Geburt | | | 2. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr | | |
| a) Neugeborenen-Hör-Check einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate • Beratung • Messung akustischer Signale | 3 1409 | 2,3 2,3 | a) Individuelle Zahnprophylaxe einmalig innerhalb von 1 Jahr Höchsterstattungsbetrag: 75 EUR | | |
| b) Hör-Check für Kinder und Jugendliche einmalig bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr • Beratung • Tonschwellenaudiometrie | 1 1403 | 2,3 2,3 | b) Hautkrebsvorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren • Beratung • Untersuchung • Auflichtmikroskopie | 1 7 750 | 2,3 2,3 2,3 |
| c) Schielvorsorge für Kinder einmalig bis zum vollendeten 3. Lebensjahr und einmalig zwischen dem 4. und vollendeten 6. Lebensjahr • Beratung • subjektive Refraktionsbestimmung • objektive Refraktionsbestimmung • Untersuchung Heterophorie | 3 1200 1202 1216 | 2,3 2,3 2,3 2,3 | c) Helicobacter-pylori-Test (Verursacher von Magengeschwüren und verschiedenen Magenkrebsformen) zweimalig • C-Harnstoff-Atemtest • Testset | A617 | 1,8 |
| d) Augen-Check für Kinder und Jugendliche einmalig zwischen dem 7. und vollendeten 15. Lebensjahr • Beratung • subjektive Refraktionsbestimmung • objektive Refraktionsbestimmung | 1 1200 1202 | 2,3 2,3 2,3 | d) Lifestyle-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren bis zum vollendeten 35. Lebensjahr • Beratung • Untersuchung Ganzkörperstatus (BMI, Verhältnis Taillen-/Hüftumfang, Blutdruck) • Blutentnahme • HbA1 C • Gesamt-Cholesterin • HDL • LDL • Gesamt-Triglyceride • Harnsäure • Gamma-GT | 250 3561 3562.H1 3563.H1 3564.H1 3565.H1 3583.H1 3592.H1 | 1,8 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15 1,15 |
| e) Kindervorsorge „U9a“ einmalig im 8. Lebensjahr | 26 | 2,3 | e) Schilddrüsen-Check alle 2 Jahre • Beratung • Ultraschall der Schilddrüse • Blutentnahme • TSH | 1 417 250 4030 | 2,3 2,3 1,8 1,15 |
| f) Kindervorsorge „U9b“ einmalig im 10. Lebensjahr | 26 | 2,3 | f) Zusätzlich bei einer Schwangerschaft Ultraschalluntersuchung des Fötus (6. – 8. Schwangerschaftswoche) einmalig bei einer Schwangerschaft • Beratung • Ultraschall | 3 415 | 2,3 2,3 |
| g) Jugendlichenvorsorge „J2“ einmalig zwischen dem 14. und vollendeten 16. Lebensjahr | 26 | 2,3 | g) Triple-Test einmalig bei einer Schwangerschaft • AFP • Choriongonadotropin • Östriol | 3743 4024 4027 | 1,15 1,15 1,15 |
| h) Hauttypbestimmung inklusive Sonnenlichtberatung einmalig • Beratung • vegetative Funktionsdiagnostik • UV-Erythemschwelle | 3 831 761 | 2,3 2,3 2,3 | | | |

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

| | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor | | GOÄ-Ziffer* | maximaler Steigerungsfaktor |
|---|-----------------|-----------------------------|--|-------------|-----------------------------|
| 3. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr | | | 5. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr | | |
| a) Großer Gesundheits-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren | | | a) Schlaganfall-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • Untersuchung zur Früherkennung | 29 | 2,3 | • Beratung | 3 | 2,3 |
| • Belastungs-EKG | 652 | 2,3 | • Untersuchung des Strömungsverhaltens | 645 | 1,8 |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 | b) Hirnleistungs-Check einmalig innerhalb von 3 Jahren | | |
| • BSG | 3501 | 1,15 | • Beratung | 3 | 2,3 |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 | • orientierende Testuntersuchung | 857 | 2,3 |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 | | | |
| • Triglyceride | 3565.H1 | 1,15 | | | |
| • Cholesterin | 3562.H1 | 1,15 | | | |
| • HDL | 3563.H1 | 1,15 | | | |
| • LDL | 3564.H1 | 1,15 | | | |
| • Kreatinin | 3585.H1 | 1,15 | | | |
| • Gamma-GT | 3592.H1 | 1,15 | | | |
| • GPT | 3595.H1 | 1,15 | | | |
| • GOT | 3594.H1 | 1,15 | | | |
| • Harnsäure | 3583.H1 | 1,15 | | | |
| b) Ergänzende Krebsvorsorge für Frauen einmalig innerhalb von 2 Jahren | | | | | |
| • Mammographie (bis Alter 49) oder US-Brustdrüse (bis Alter 49, alternativ zu Mammographie) | 2x5266 2x418 | 1,8 1,8 | | | |
| • Ultraschall | 410 | 2,3 | | | |
| • weitere Ultraschall | 3x420 | 2,3 | | | |
| • transvaginal Ultraschall | 403 | 1,8 | | | |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 | | | |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 | | | |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 | | | |
| 4. Zusätzliche Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr | | | | | |
| a) Ergänzende Krebsvorsorge für Männer einmalig innerhalb von 2 Jahren | | | | | |
| • Ultraschall | 410 | 2,3 | | | |
| • weitere Ultraschall | 3x420 | 2,3 | | | |
| • transrektal Ultraschall | 403 | 1,8 | | | |
| • Blutentnahme | 250 | 1,8 | | | |
| • Blutbild | 3550 | 1,15 | | | |
| • Differentialblutbild | 3551 | 1,15 | | | |
| • PSA | 3908.H3 | 1,15 | | | |
| b) Grüner-Star-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | | | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 | | | |
| • Augenhintergrund | 1242 | 2,3 | | | |
| • tonometrische Untersuchung | 1256 | 1,8 | | | |
| c) Osteoporose-Vorsorge einmalig innerhalb von 3 Jahren | | | | | |
| • Beratung | 3 | 2,3 | | | |
| • CT, Osteodensitometrie | 5380 | 1,8 | | | |

* Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

**Gothaer
Krankenversicherung AG
Hauptverwaltung
Arnoldplatz 1
50969 Köln
Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de**