

Tarifbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach Tarif ZahnPremium Z14 als Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung (Fassung 01.09.2021)

Inhaltsübersicht

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Erstattungsfähige Aufwendungen
- 3 Leistungsausschluss
- 4 Wartezeit/Leistungsstaffel
- 5 Gebührenordnungen
- 6 Berücksichtigung von durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht erbrachten Leistungen
- 7 Einzureichende Unterlagen
- 8 Anpassung von Beiträgen
- 9 Innovationsgarantie
- 10 Was passiert, wenn sich der Festzuschuss der GKV ändert?

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung der versicherten Person die hierfür entstandenen Aufwendungen gemäß den nachfolgenden Bedingungen.

2.1 Zahnbehandlung

2.1.1 Als Zahnbehandlung gelten:

- Wurzelbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen,
- Kunststofffüllungen,
- zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung, Fissurenversiegelung, Erstellung eines Mundhygienestatus),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (z.B. auch DROS-Schienen), die nicht im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung stehen ,

einschließlich der damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien. Ausgeschlossen sind funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.

2.1.2 Höhe der Leistungen

Wir ersetzen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.2 Zahnersatz

2.2.1 Als Zahnersatz gelten:

- Einlagefüllungen (Inlays),

- Zahnkronen, Zahnteilkronen, Verblendungen, Keramikverblendschalen (Veneers) und Onlays,
- Zahnbrücken,
- Stiftzähne,
- Zahnprothesen (Voll- oder Teilprothesen),
- Implantate und auf Implantaten sitzender Zahnersatz einschließlich Knochenaufbau, digitalem Röntgen und digitaler Volumentomographie,
- Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),

einschließlich der damit verbundenen

- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen,
- zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Die Aufwendungen für Verblendungen sind je Kiefer für alle Zähne erstattungsfähig.

2.2.2 Höhe der Leistungen

Wir ersetzen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Bei Einlagefüllungen (Inlays) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen, oder ist der medizinisch notwendige Zahnersatz nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, abzüglich den Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.3 Kieferorthopädische Behandlung

Wir ersetzen 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlerstellung, abzüglich der Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers, sofern die jeweilige versicherte Person zu Beginn der Behandlung das 22. Lebensjahr

noch nicht vollendet hat.

Unter die erstattungsfähigen Aufwendungen fallen beispielsweise auch Kosten für

- Mini-, Keramik- und Kunststoffbrackets,
- Lingualtechnik,
- farbige/farblose Bögen/Teilbögen sowie festsitzende Retainer.

Erstattungsfähig sind auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Nicht erstattungsfähig ist der Eigenanteil, der nach Abschluss der Behandlung von der GKV zurückerstattet wird (§ 29 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch).

Die Leistung während der gesamten Vertragslaufzeit ist je versicherte Person bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 1 und 2 (KIG) auf 4.000 €, bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen 3 bis 5 (KIG) auf 2.000 € begrenzt.

2.4 Einmalleistung nach Unfall

Führt ein nach Versicherungsbeginn eingetretener Unfall der versicherten Person nachweislich zu einer ausschließlich unfallbedingten medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung einer Zahn- bzw. Kieferfehlstellung oder wird ausschließlich unfallbedingt Zahnersatz nach Ziffer 2.2.1 medizinisch notwendig, wird eine Einmalleistung in Höhe von 1.000 € erbracht.

2.5 Akupunktur, Hypnose, Narkosemaßnahmen

Wir ersetzen die Aufwendungen für Akupunktur und Hypnose zur Schmerztherapie und Anästhesie sowie die Durchführung einer Narkosemaßnahme. Als Narkosemaßnahme gelten:

- Vollnarkose
- Lachgassedierung
- Analgosedierung (Dämmerschlaf)

Voraussetzung ist, dass diese Aufwendungen in direktem Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Behandlung nach Ziffer 2.1 oder 2.2 stehen.

Wir ersetzen 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen abzüglich der Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers.

2.6 Zweite Zahnarztmeinung

Wird auf Grund einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung eine zweite Zahnarztmeinung (auch z. B. über Internetdienste) eingeholt, werden die dafür entstandenen Kosten je versicherte Person bis zu 50 € je Kalenderjahr ersetzt, soweit diese nicht von der GKV oder einem sonstigen Kostenträger übernommen werden. Eine Anrechnung dieser Kostenerstattung auf die Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 erfolgt nicht.

3 Leistungsausschluss

Wir ersetzen keine Aufwendungen für

- bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen,

- die erstmalige Versorgung von bei Vertragsabschluss fehlenden und noch nicht dauerhaft ersetzten bleibenden Zähnen, wenn bei Vertragsabschluss mehr als ein bleibender Zahn fehlt, der noch nicht dauerhaft ersetzt ist.

4 Wartezeit/Leistungsstaffel

4.1

Abweichend von Ziffer 3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gelten keine Wartezeiten.

4.2

Unsere Leistungen sind in den ersten vier Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn je versicherte Person insgesamt begrenzt auf einen Betrag von höchstens

- 1.500 € im ersten Kalenderjahr (1. Leistungsabschnitt),
- 3.000 € in den ersten zwei Kalenderjahren zusammen (2. Leistungsabschnitt),
- 4.500 € in den ersten drei Kalenderjahren zusammen (3. Leistungsabschnitt),
- 6.000 € in den ersten vier Kalenderjahren zusammen (4. Leistungsabschnitt).

Der Zeitpunkt der Behandlung bestimmt die Zuordnung zu einem Leistungsabschnitt. Aufwendungen, die nicht ersetzt werden, weil sie den Höchstbetrag eines Leistungsabschnitts übersteigen, können nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Höchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

4.3

Die Begrenzungen der Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich und ausschließlich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4.4 Berücksichtigung einer Vorversicherung

Bestand vor Abschluss dieser Versicherung bereits eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherer (Vorvertrag), entfallen im Versicherungsfall die Begrenzungen der Leistungsstaffel nach Ziffer 4.2 ab dem dritten Kalenderjahr. Voraussetzung hierfür ist, dass

- der Vorvertrag mindestens 6 Monate bestand und
- ununterbrochen Versicherungsschutz zwischen dem Vorvertrag und diesem Vertrag bestand.

5 Gebührenordnungen

Die Aufwendungen nach Ziffer 2 sind im Rahmen und bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Aufwendungen für Behandlungen, die nicht in der Gebührenordnung beschrieben sind, sind demnach nicht erstattungsfähig. Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

6 Berücksichtigung von durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht erbrachten Leistungen

6.1

Sofern die versicherte Person von der Möglichkeit Gebrauch macht, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt als Leistung der GKV.

6.2

Werden für die gewählte Versorgung zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen (z. B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde oder eine Behandlung im Ausland erfolgte), werden bei der Berechnung der Leistungshöhe

- bei Zahnbehandlung nach Ziffer 2.1 die Leistungen, die die GKV bei Inanspruchnahme erbracht hätte,
- bei Zahnersatz nach Ziffer 2.2 oder einer kieferorthopädischen Behandlung nach Ziffer 2.3 pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

als Leistung der GKV angenommen.

7 Einzureichende Unterlagen

In Ergänzung zu Ziffer 6.1 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) muss eine Leistung der GKV oder eine Leistungsablehnung durch die GKV durch geeignete Unterlagen (zum Beispiel durch entsprechenden Vermerk der GKV auf den eingereichten Belegen) vom Versicherungsnehmer nachgewiesen werden. Die Höhe eines Selbstbehaltes muss auf diesen angegeben sein.

8 Anpassung von Beiträgen

8.1 Beitragsberechnung bei Beitragsgruppenwechsel

Abweichend von Ziffer 9.3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gilt:

Die Bestimmung, dass bei einer Beitragserhöhung wegen eines Beitragsgruppenwechsels die Beitragsanpassung frühestens zu Beginn des 3. Versicherungsjahres erfolgt, entfällt.

8.2 Beitragsanpassung

Abweichend von Ziffer 10.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) gilt:

Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit (Beitragsgruppe 0 – 21 Jahre, Beitragsgruppen ab Alter 22 Jahre) eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und bei Bedarf, soweit erforderlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, angepasst. Beträgt die Abweichung mehr als 5 %, können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und bei Bedarf, soweit erforderlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, angepasst werden.

9 Innovationsgarantie

Künftig neu hinzukommende Heilbehandlungsmethoden bzw. -verfahren für medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungen, die in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgenommen werden, gelten im Rahmen des tariflich vereinbarten Umfangs als mitversichert.

10 Was passiert, wenn sich der Festzuschuss der GKV ändert?

Die GKV orientiert sich bei Zahnersatz am vorliegenden Befund. Daraus ergibt sich der Festzuschuss der GKV, der vom Versicherer als Vorleistung berücksichtigt wird. Der Festzuschuss kann sich auch zuungunsten des Versicherungsnehmers ändern. Hiervon bleibt der Versicherungsschutz allerdings unberührt. Es werden unverändert die tariflich vereinbarten Leistungen erstattet.

Anhang zu den Tarifbedingungen für die Zahnzusatzversicherung nach Tarif ZahnPremium Z14 (Fassung 01.09.2021)

Beitragsübersicht

Der Beitrag richtet sich gemäß Ziffer 9.3 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) nach der Beitragsgruppe, der die versicherte Person angehört.

Beitragsgruppen

Die monatlichen Beiträge betragen je versicherte Person

Beitragsgruppe Alter	Monatlicher Beitrag
0 – 21 Jahre	22,90 €
22 – 30 Jahre	16,60 €
31 – 40 Jahre	24,85 €
41 – 50 Jahre	33,80 €
51 – 60 Jahre	45,90 €
ab 61 Jahre	59,50 €

Als erreichtes Alter (Eintrittsalter) gilt die Zahl der vollendeten Lebensjahre am Tag des Versicherungsbeginns. Erreicht die versicherte Person innerhalb des laufenden Versicherungsjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Beitragsanpassung

Die Beiträge können sich bei einer nach Ziffer 10 der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung (AVB-KK 2011) stattfindenden Beitragsanpassung ändern. Maßgeblich sind dann die zum jeweiligen Anpassungszeitpunkt gültigen Beiträge.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (AVB-KK 2011 - Fassung 01.01.2018)

(Die allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten nur in Verbindung mit den jeweiligen Tarifbedingungen)

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsschutz

- 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- 2 Beginn des Versicherungsschutzes/Versicherungsjahr
- 3 Wartezeiten
- 4 Umfang der Leistungspflicht
- 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- 8 Beitragszahlung
- 9 Beitragsberechnung
- 10 Beitragsanpassung
- 11 Obliegenheiten
- 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- 13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
- 14 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- 15 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- 16 Kündigung durch den Versicherer
- 17 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- 18 Zuständiges Gericht
- 19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbedingungen
- 20 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung
- 21 Welche besonderen Kosten stellt der Versicherer zusätzlich in Rechnung?
Gebührenbestimmungen
- 22 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

Anhang

Der Versicherungsschutz

1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.1

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 Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.2

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

1.2.1

Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung (als Behandlung wegen Schwangerschaft gilt auch ein medizinisch notwendiger Schwangerschaftsabbruch);

1.2.2

ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen);

1.2.3

Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

1.3

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

1.4

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in der ganzen Welt (vgl. aber Ziffer 17.3).

Bei einer Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ist der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätte.

1.5

Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz (Tarifwechsel) nach Maßgabe von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (Ziffer 9.4 und 9.5) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (Ziffer 3.5) einzuhalten. Der Anspruch auf Tarifwechsel besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

2 Beginn des Versicherungsschutzes/Versicherungsjahr

2.1

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn der erste Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 8.1 gezahlt wurde, 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.

2.2

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

2.3

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.

2.4

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet ein Jahr nach Versicherungsbeginn. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

3 Wartezeiten

3.1

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

3.2

Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

3.2.1

bei Unfällen;

3.2.2

für den Ehegatten oder den eingetragenen Lebenspartner einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

3.3

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

Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen, wenn die Zahnbehandlung, der Zahnersatz bzw. die Kieferorthopädie aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.

3.4

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

3.5

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

4 Umfang der Leistungspflicht

4.1

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Tarifbedingungen.

4.2

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.

4.3

Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Ziffer 4.2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) bezogen werden.

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

4.4

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.

4.5

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Ziffer 4.4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Zusage nicht berufen, wenn

4.5.1

die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus für die stationäre Akutversorgung in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist;

4.5.2

es sich um eine Notfalleinweisung handelt;

4.5.3

während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

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

4.6

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.

5 Einschränkung der Leistungspflicht

5.1

Keine Leistungspflicht besteht

5.1.1

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;

5.1.2

für auf Vorsatz oder Alkohol-/Drogensucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

5.1.3

für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund 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;

5.1.4

für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn die Tarifbedingungen nichts anderes vorsehen;

5.1.5

für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

5.1.6

für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;

5.2

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

5.3

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

5.4

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

5.5

Die Tarifbedingungen können weitere Einschränkungen der Leistungspflicht enthalten.

6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

6.1

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

Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken eines anderen Versicherungs- oder Kostenträgers werden Originalen gleichgestellt. Die Rechnungen müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit(en), Aufnahme- und Entlassungstag im Krankenhaus, Leistungen des Arztes (bei Behandlung im Inland zusätzlich: Angabe der Ziffern und der angewendeten Gebührenordnung, hierfür in Rechnung gestellte Steigerungssätze) und jeweiliges Behandlungsdatum.

6.2
Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.

6.3
Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Ungeachtet der Tatsache, dass es sich um eine Versicherung für fremde Rechnung handelt, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen, falls diese Voraussetzung nicht vorliegt.

6.4
Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

6.5
Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen ins Ausland und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

8 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

8.1 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

8.1.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen, Versicherungsbeginn.

8.1.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

8.1.3 Rücktritt

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

8.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

8.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

8.2.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn der Versicherer darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 8.2.3 und 8.2.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

8.2.3 Kein Versicherungsschutz

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 8.2.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurde.

8.2.4 Kündigung

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 8.2.2 Absatz 2 darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

8.3 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Kontoinhaber die Einziehung der Beiträge von dessen Konto widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

8.4 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, so weit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

9 Beitragsberechnung

9.1 Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

9.2 Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

9.3 Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe, der die versicherte Person angehört. Die Beitragsgruppen ergeben sich aus der Beitragsübersicht, die Bestandteil der Vertragsunterlagen ist (Anhang zu den Tarifbedingungen). Als erreichtes Alter (Eintrittsalter) gilt die Zahl der vollendeten Lebensjahre am Tag des Versicherungsbeginns. Erreicht die versicherte Person innerhalb des laufenden Versicherungsjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des folgenden Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Bei einer Beitragserhöhung gilt diese jedoch frühestens zu Beginn des 3. Versicherungsjahres.

Beitragsänderungen wegen Erreichens einer anderen Beitragsgruppe gelten nicht als Beitragsanpassung im Sinne von Ziffer 10.

Im Falle einer Beitragserhöhung weisen wir auf das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach Ziffer 15.3 hin.

9.4 Bei Beitragsänderungen, auch durch Erreichen einer anderen Beitragsgruppe, kann der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung anpassen.

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

10 Beitragsanpassung

10.1 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.

Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit (Beitragsgruppe Alter 0 - 21 Jahre, Beitragsgruppen ab Alter 22 Jahre) eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und bei Bedarf, soweit erforderlich mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders, angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen oder vereinbarte Risikozuschläge entsprechend geändert werden.

10.2 Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

10.3 Anpassungen nach Ziffer 10.1 werden ab der nächsten Versicherungsperiode, frühestens zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Im Falle einer Beitragserhöhung weisen wir auf das

Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach Ziffer 15.4 hin.

11 Obliegenheiten

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

11.2 Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

11.5 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.

12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

12.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheit weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.

12.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Bei Verletzung einer bestehenden Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles gilt dies nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

Der Versicherer bleibt auch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

12.3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des

Versicherungsnehmers gleich.

13 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

13.1

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

13.2

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.

13.3

Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Ziffern 13.1 und 13.2 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.

13.4

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 Ziffern 13.1 bis 13.3 entsprechend anzuwenden.

14 Aufrechnung

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

Ende der Versicherung

15 Vertragsdauer/Kündigung durch den Versicherungsnehmer

15.1

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten in Textform kündigen.

15.2

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

15.3

Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens in Textform kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

15.4

Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang

der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung in Textform kündigen.

15.5

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

15.6

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

16 Kündigung durch den Versicherer

16.1

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

16.2

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt; eine danach zulässige Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

16.3

Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Ziffer 15.6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

17 Sonstige Beendigungsgründe

17.1

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.

17.2

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

17.3

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder außerhalb eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

17.4

Das Versicherungsverhältnis endet mit Beendigung der Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV endet.

Sonstige Bestimmungen

18 Zuständiges Gericht

18.1

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.

18.2

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.

18.3

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

19 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarifbedingungen

19.1

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und, soweit nötig, 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.

19.2

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in den Tarifbedingungen durch höchststrichterliche 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.

20 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

20.1

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an dessen Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle/Generalagentur gerichtet werden.

20.2

Hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer dem Versicherer nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

21 Welche besonderen Kosten stellt der Versicherer zusätzlich in Rechnung?

21.1

Falls aus besonderen, vom Versicherungsnehmer veranlassten Gründen beim Versicherer ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellt der Versicherer die regelmäßig entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung. Diese Beträge wird der Versicherer jährlich überprüfen, gegebenenfalls neu festsetzen und dem Versicherungsnehmer mitteilen. Einzelheiten dazu können den im Anschluss an diese Bedingungen folgenden Gebührenbestimmungen, die Bestandteil dieses Vertrages sind, entnommen werden.

21.2

Der Versicherer hat sich bei der Bemessung der Pauschale an dem bei ihm regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, dass ihm der Versicherer die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweist.

Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer daraufhin nachweist, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer nachweist, dass die bei der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in diesem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr.

Gebührenbestimmungen

(Stand Januar 2019)

Welche Gebühren werden bei besonderen Bemühungen fällig?

Der Versicherer kann nach Ziffer 21, falls aus besonderen, vom Versicherungsnehmer veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Abgeltungsbeträge in nachfolgender Höhe erheben und deren Zahlung verlangen:

– vom Versicherungsnehmer zu vertretende Rückläufer im Lastschriftverfahren:	7,50 €
– Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG):	7,50 €
– Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers:	10,00 €
– Ersatzversicherungsschein ausstellen:	10,00 €
– Vertragsänderungen mit Nachtrag:	10,00 €

Diese Gebühren gelten für das laufende Versicherungsjahr. Sie werden jedes Jahr überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt.

22 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

22.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

22.1.1 Verbraucherschlichtungsstelle

Die Stuttgarter Versicherung AG nimmt nicht an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil.

22.1.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

22.1.3 Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

22.1.4 Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstr. 120
70197 Stuttgart
E-Mail: info@stuttgarter.de

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.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

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

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

§ 204 Tarifwechsel

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den

bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
- b) der Versicherungsnehmer 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 oder
- c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;

2. bei einer Kündigung des Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann, bei einem anderen Krankenversicherer

- a) die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde;
- b) bei einem Abschluss eines Vertrags im Basistarif die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer überträgt, sofern die gekündigte Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und die Kündigung vor dem 1. Juli 2009 erfolgte.

Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist. Auf die Ansprüche nach den Sätzen 1 und 2 kann nicht verzichtet werden.

(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.

(3) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse.

(4) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.