

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.12.2020

Teil II: Tarife ZP5, ZP7, ZP9 und ZP1 der Zahn-Zusatzversicherung

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I. Unsere Leistungen	3
1. Zahnersatz	3
2. Zahnbehandlung	3
3. Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)	4
4. Kieferorthopädie	4
5. Allgemeine Leistungen	5
6. Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	5
7. Vorleistung anderer Kostenträger	5
8. Gebührenordnung	5
9. Heil- und Kostenplan	5
10. Behandlung im Ausland	5
11. Zuordnung der Kosten	5
II. Wartezeiten	6
III. Beiträge	6
1. Beitragsberechnung	6
2. Beitragsanpassung	6
IV. Optionsrechte	6
Glossar	8
Anhang	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif für:

Zahnersatz und Zahnbehandlung

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 %	70 %	90 %	100 %

Der Erstattungssatz gilt zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, beispielsweise professionelle Zahnreinigung) pro Kalenderjahr

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 EUR	100 EUR	150 EUR	200 EUR

Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bis 200 EUR pro Kalenderjahr

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
200 EUR	200 EUR	200 EUR	200 EUR

Kieferorthopädie nach Unfall (auch bei Erwachsenen)

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 %	70 %	90 %	100 %

Kieferorthopädie bei Kindern bei Beginn vor dem 18. Geburtstag

	ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR

Zahnstaffel

Für Zahnersatz, Zahnbehandlung und kieferorthopädische Behandlung erstatten wir in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn maximal:

	ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
Im ersten Kalenderjahr	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR
In den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 EUR	1.400 EUR	1.800 EUR	2.000 EUR
In den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR
In den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 EUR	2.800 EUR	3.600 EUR	4.000 EUR

Bestehen Höchstgrenzen für die tarifliche Leistung, beispielsweise für die Kieferorthopädie bei Kindern, berücksichtigen wir diese.

Ein Beispiel: Sie sind im Tarif ZP5 versichert und reichen im ersten Kalenderjahr eine Rechnung für zwei Inlays in Höhe von 1.500 EUR ein. Die GKV zahlt 100 EUR. Sie erhalten von uns 500 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr erhalten Sie oder eine versicherte Person die Leistungen in tariflichem Umfang.

Wenn Sie Ihren Vertrag in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen, gilt:

- ab der Umstellung legen wir die Zahnstaffel des Zieltarifes zu Grunde,
- wir rechnen die bisher zurückgelegte Versicherungszeit sowie erhaltene Leistungen an.

Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht worden sind.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die zahnärztliche Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 8.

Aufnahmefähigkeit

In den Tarif aufgenommen werden Personen, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einer GKV versichert sind oder dort einen Anspruch auf Familienversicherung haben oder
- einen Anspruch auf **Heilfürsorge** haben.

Fällt eine der Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weg, endet zu diesem Zeitpunkt der Tarif ZP.

Im Folgenden ist die **Heilfürsorge** der GKV hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

I. Unsere Leistungen

1. Zahnersatz

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit der Vorleistung der GKV zu:

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 %	70 %	90 %	100 %

Zum Beispiel:

- Brücken,
- Kronen (auch Einzelkronen),
- implantologische Leistungen (beispielsweise Implantate und dafür notwendige Knochenaufbauten),
- Veneers,
- Verblendungen und individuelle Zahnfarbenbestimmung bis einschließlich Zahn 6,
- Stiftzähne,
- Prothesen,
- Reparaturen von Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen,
- Kurz- und Langzeitprovisorien,
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie (Gnathologie) in Verbindung mit Zahnersatz.

Für die Tarife ZP5, ZP7 und ZP9 gilt:

Wenn Sie oder die versicherte Person Zahnersatz als **Regelversorgung** durchführen lassen, erstatten wir zusammen mit der GKV 100 % der Kosten. Dazu gehören auch Material- und Laborkosten. Dafür legen Sie uns bitte den Heil- und Kostenplan mit dem Genehmigungsvermerk Ihrer GKV vor.

2. Zahnbehandlung

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit der Vorleistung der GKV zu:

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 %	70 %	90 %	100 %

Zum Beispiel:

- konservierende Leistungen (beispielsweise Zahnfüllungen, auch Kunststofffüllungen, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, oder Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Leistungen (beispielsweise Wurzelspitzenresektion),
- Inlays (auch Cerec-Inlays),
- Onlays,
- Overlays,

- Parodontalbehandlungen (beispielsweise VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation oder Bakterien-/DNA-Test),
- zusätzliche Anwendung von Laser oder OP-Mikroskop,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen und Knirscherschienen, DROS-Schienen),
- Gnathologie in Verbindung mit Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Provisorien.

3. Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)

Wir ersetzen je Kalenderjahr die **erstattungsfähigen Kosten** zu 100 % bis maximal:

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 EUR	100 EUR	150 EUR	200 EUR

Als Zahnprophylaxe gelten zum Beispiel:

- Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleisches sowie die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes,
- Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (professionelle Zahnreinigung)
Ausnahme: Bleaching,
- Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen,
- Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung).

4. Kieferorthopädie

(1) Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zu:

	ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR

Voraussetzung:

Die Behandlung beginnt vor dem 18. Geburtstag.

Die maximale Leistungsbegrenzung gilt während des gesamten Vertragslaufzeit.

Nicht versichert ist der Eigenanteil, den Sie nach der Behandlung von der GKV zurückerhalten (§ 29 SGB V).

Die Begrenzung auf die maximale Leistung gilt nicht, wenn die Behandlung durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht worden ist.

Wir erstatten auch zusätzliche kieferorthopädische Leistungen im tariflichen Umfang, also sogenannte Mehrleistungen. Dazu gehören beispielsweise:

- Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets,
- farblose Bögen,
- Lingualtechnik,
- festsitzende Retainer,
- unsichtbare Zahnspangen (beispielsweise Invisalign).

(2) Für Behandlungen, die nach dem 18. Geburtstag beginnen, leisten wir nur, wenn diese wegen eines Unfalls notwendig werden. Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein. Wir ersetzen dann die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit den Leistungen eines anderen Kostenträgers zu:

ZP5	ZP7	ZP9	ZP1
50 %	70 %	90 %	100 %

Ein Unfall liegt in folgendem Fall vor: Die versicherte Person erleidet durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Schädigung der Gesundheit.

5. Allgemeine Leistungen

In Zusammenhang mit den Leistungen nach Ziffer 1, 2 und 4 erstatten wir auch die Kosten für allgemeine Leistungen, beispielsweise:

- Beratungen,
- Heil- und Kostenpläne,
- Anästhesien,
- Röntgenbilder,
- zahntechnischen Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder in Auftrag gibt (Material- und Laborkosten).

Wir erstatten entsprechend der Leistungsart, mit der die allgemeinen Leistungen in Verbindung stehen. Tarifliche Leistungsbegrenzungen rechnen wir entsprechend an.

6. Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Über Ziffer 5. hinaus ersetzen wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung 100 % der **erstattungsfähigen Kosten**. Wir erstatten maximal 200 EUR pro Kalenderjahr.

Dazu gehören beispielsweise:

- Akupunktur,
- Lachgas-Sedierung,
- Hypnose,
- Vollnarkose.

7. Vorleistung anderer Kostenträger

Leistungen der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers müssen Sie oder die versicherte Person vorab in Anspruch nehmen. Bitte weisen Sie die Vorleistung durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Rechnungen nach.

Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, der von der GKV nach § 53 SGB V abgezogen wird. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wenn die GKV keine Vorleistung erbringt, weil sie für die zahnärztliche oder zahntechnische Leistung nicht leistungspflichtig ist, erbringen wir unsere Leistung in voller Höhe.

Ausnahme:

Sie erhalten keine Vorleistung, weil Sie oder eine versicherte Person einen Behandler ohne **Kassenzulassung** gewählt haben. Dann gilt: Wir rechnen pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger nachweislich keine Vorleistung erbringt.

8. Gebührenordnung

Wir erstatten zahnärztliche Abrechnungen, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** oder der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Zahntechnische Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder beauftragt, müssen nach der GOZ abgerechnet werden (Material- und Laborkosten, siehe Ziffer 5.).

9. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, für Zahnersatzmaßnahmen, Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Behandlungen vor Beginn einen Heil- und Kostenplan bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen.

Wenn Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

10. Behandlung im Ausland

Für Behandlungen im Ausland ersetzen wir maximal die Kosten, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zahlen würden.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten haben.

11. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet
oder
- wir Leistungen zur Vorsorge erbracht haben.

Das Rechnungsdatum ist dafür nicht maßgeblich.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters.

Ab dem 20., 30., 40., 50., 60. und 70. Geburtstag gilt folgende Regelung: Die versicherte Person zahlt ab dem auf den Geburtstag folgenden Kalenderjahr den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe.

(3) Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie 20 Jahre alt werden, den Beitrag für Kinder.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

- ZP5, ZP5F Erwachsene
- ZP5, ZP5F Kinder
- ZP7, ZP7F Erwachsene
- ZP7, ZP7F Kinder
- ZP9, ZP9F Erwachsene
- ZP9, ZP9F Kinder
- ZP1, ZP1F Erwachsene
- ZP1, ZP1F Kinder.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Optionsrechte

Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** für die versicherte Person in den Tarif dieser **Tariflinie** mit der nächsthöheren Erstattungsstufe umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person folgendes Alter erreicht: Sie wird 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an. Leistungsausschlüsse bleiben bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Erstattungsfähige Kosten/Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die vom Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, nämlich dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag oder den erstattungsfähigen Kosten.

Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers oder einer zu versicherten Person berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Kassenzulassung: bezeichnet die Berechtigung eines Arztes oder Zahnarztes, seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) abzurechnen.

Regelversorgung: spielt in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Bezuschussung von Zahnersatz eine Rolle. Maßgeblich ist der Gebissbefund. Daraus leitet die Krankenkasse ihren Festzuschuss ab. Dieser als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (**Alterungsrückstellungen**) werden nicht gebildet.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalen-

derjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарife zugrunde liegen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.01.2022

Teil I: Allgemeiner Teil

Einleitung

Mit einer Kranken-Zusatzversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 11.

Noch ein Hinweis:

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

A. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen oder einer versicherten Person Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Ihnen oder einer versicherten Person die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB und den dazugehörigen Tarifbeschreibungen,
- in den gesetzlichen Vorschriften.

Für den Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

In folgender Situation entsteht ein neuer Versicherungsfall: Die Heilbehandlung muss auf eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ausgeweitet werden. Die Folge eines Unfalls darf mit der bisher behandelten Krankheit nicht ursächlich zusammenhängen.

(3) Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- Fehlgeburten und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach §218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch (StGB) (medizinische und **kriminogene Indikation**),
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
- der Todesfall, wenn dafür Leistungen mit uns vereinbart sind.

2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Sie oder die versicherte Person halten sich vorübergehend im Ausland auf. Dann besteht der Versicherungsschutz weiter.

(2) Wenn Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in

- einen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU),
oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)

verlegen, gilt: die Versicherung wird ohne Unterbrechungen fortgesetzt.

In folgendem Fall gehen wir von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts aus: Sie oder die versicherte Person verbringen zusammenhängend mehr als 182 Tage außerhalb Deutschlands. Vorübergehende Unterbrechungen zählen wir zu dem Aufenthalt im Ausland. Das sind zum Beispiel: Urlaub, Reisen oder Krankenhausaufenthalte.

3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht

Sie haben das Recht, die bestehende Versicherung in einen **gleichartigen Versicherungsschutz** umzuwandeln.

Voraussetzung:

Sie oder die versicherte Person sind **versicherungsfähig**.

So gehen wir nach Ihrem Antrag auf Umwandlung vor:

- Wir nehmen Ihren Antrag in einer angemessenen Frist an.
- Die erworbenen Rechte bleiben erhalten.
- Wenn wir nach den **technischen Berechnungsgrundlagen Alterungsrückstellungen** für Ihren Vertrag gebildet haben, rechnen wir diese im neuen Tarif mit Alterungsrückstellungen an.
- Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir für die Mehrleistungen einen angemessenen **Risikozuschlag** verlangen. Mehr dazu finden Sie in Abschnitt B.2. Absatz 3.
- Alternativ können wir auch einen **Leistungsausschluss** mit Ihnen vereinbaren.

Ausnahme:

Sie haben keinen Anspruch auf Umwandlung des Versicherungsschutzes, wenn

- bei **Anwartschaftsversicherungen** der Grund für die **Anwartschaft** noch besteht
oder
- der Vertrag befristet ist.

Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig berechnet sind, ist rechtlich nicht möglich.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Versicherungsjahr

(1) Ihren Versicherungsbeginn finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Der Versicherungsschutz beginnt ab dem dort genannten Zeitpunkt. Er beginnt aber nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.

Der Abschluss des Vertrags liegt in jedem Fall dann vor, wenn Sie Folgendes von uns erhalten haben:

- den Versicherungsschein
oder
- eine Annahmeerklärung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten sind, leisten wir für die ab dem Versicherungsbeginn entstandenen Kosten.

(3) Bei Änderungen des Vertrags gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Sie schließen den Vertrag in der Regel für ein **Versicherungsjahr** ab. Bei Änderungen des Vertrags rechnen wir die Dauer der bisherigen Versicherung an.

Der Vertrag verlängert sich um ein **Versicherungsjahr**, wenn Sie ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in **Textform** kündigen. Über die Möglichkeit der Kündigung werden wir Sie nicht separat informieren.

Ein **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** ab der Geburt.

Voraussetzungen:

- Ein Elternteil ist zur Zeit der Geburt bei uns versichert.
- Wir erhalten die Anmeldung zur Versicherung des Kindes spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.
- Die Versicherung erfolgt rückwirkend ab Geburt.

(2) Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der des am höchsten oder umfassendsten versicherten Elternteils.

Der Versicherungsschutz umfasst dabei innerhalb des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen. Dies können beispielsweise Behinderungen sein.

(3) Die Adoption steht der Geburt eines Kindes gleich. Bei Adoptionen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Adoption.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Adoptionsbeginn, spätestens 2 Monate nach dem Tag der Adoption
und
- das Kind ist bei der Adoption noch minderjährig.

Da bei einer Adoption ein erhöhtes Risiko für Vorerkrankungen bestehen kann, dürfen wir mit Ihnen einen **Risikozuschlag** vereinbaren. Dieser **Risikozuschlag** beträgt maximal 100%.

6. Wartezeiten

Regelungen zu den Wartezeiten richten sich nach dem jeweils vereinbarten Tarif.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe unserer Leistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und II) und den gesetzlichen Vorschriften.

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

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt
oder
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:

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

(3) Wir bieten Ihnen Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Unsere aktuellen Gesundheitsdienstleistungen finden Sie unter <https://www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen>.

(4) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich höher sind als 2.000 EUR, informieren wir Sie gerne über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Bitte senden Sie Ihre Anfrage an uns in **Textform** (Leistung@sdk.de). Wir antworten Ihnen spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, informieren wir Sie **unverzüglich**, spätestens nach 2 Wochen. Wir berücksichtigen dabei Ihre Unterlagen, beispielsweise Kostenvoranschläge.

Die Frist beginnt, wenn wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn wir Sie nicht innerhalb der Frist informieren, gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig. Dies gilt ab dem Zeitpunkt nicht mehr, ab dem wir die fehlende

medizinische Notwendigkeit der Behandlung nachgewiesen haben.

(5) Wir geben Ihnen oder der versicherten Person auf Wunsch Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen. Dies gilt für Gutachten und Stellungnahmen, die wir eingeholt haben, um zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Sie, die versicherte Person oder ein gesetzlicher Vertreter können auch verlangen, dass wir einem bestimmten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben.

Voraussetzung:

Der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person stehen erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegen.

Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt haben, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

8. Einschränkungen der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

1a. durch Kriegsereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
und
- Folgen von Unfällen
und
- Todesfälle.

1b. durch Kriegsereignisse außerhalb Deutschlands verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
und
- Folgen von Unfällen
und
- Todesfälle.

Diese Einschränkung gilt, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Gebiet vor Beginn des Aufenthalts im Ausland eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht weiterhin Versicherungsschutz. Dies gilt solange, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet gefahrlos möglich ist.

2. von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

3. Entwöhnungsmaßnahmen bei Suchterkrankungen wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogensucht.

4. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in stationären Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Ein wichtiger Grund kann beispielsweise vorliegen, wenn ein Fehlverhalten bei der Abrechnung wiederholt zu berechtigten Beanstandungen führte.

Das gilt nur:

- Wenn die Behandlung begonnen wurde, nachdem wir Sie über den **Leistungsausschluss** benachrichtigt haben
und
- für Kosten, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind. Der Versicherungsfall darf aber zum Zeitpunkt der Benachrichtigung noch nicht abgeschlossen gewesen sein.

5. Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner nach §1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir wie tariflich vereinbart. Sachkosten sind beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial.

6. eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung, beispielsweise eine Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie.

(2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt
oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(3) In folgenden Fällen müssen wir nur für Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung
oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung
oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge**
oder
- der Unfallfürsorge.

(4) Haben Sie oder eine versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger (beispielsweise andere Versicherungen), gilt: Die gesamte Erstattung darf nicht höher sein als die gesamten Kosten.

9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

(1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie oder die versicherte Person uns die geforderten Nachweise vorlegen. Diese Nachweise werden unser Eigentum. Als Nachweise gelten:

- Rechnungen im Original (auch in elektronischer Form) sowie Kopien von Rechnungen mit Erstattungsnachweis eines anderen Kostenträgers (beispielsweise einer anderen Versicherung).

(2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Angaben über die erbrachten Leistungen des Behandelnden mit Nummern des jeweiligen Gebührenverzeichnisses,
- das dazugehörige Behandlungsdatum,
- zusätzlich bei stationären Leistungen: Tag der Aufnahme und Entlassung sowie Bettenzahl des beanspruchten Zimmers.

(3) Sie erhalten die vertraglichen Leistungen, nachdem wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Für die Fälligkeit unserer Leistungen gilt §14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).

(4) Die Leistung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen.

Ausnahme:

Wir leisten an die versicherte Person, wenn Sie uns diese in **Textform** als empfangsberechtigt für deren Leistungen genannt haben.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten durch eine Krankheit rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Kosten für die Überweisung der Leistungen und für Übersetzungen können wir von den Leistungen abziehen.

(6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

(7) Sie oder die versicherte Person haben eine „Card für Privatversicherte“ erhalten. Dann kann das Krankenhaus die Kosten für die stationäre Behandlung direkt mit uns abrechnen.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Wenn der Versicherungsvertrag beendet ist, haben Sie oder die versicherte Person auch keinen Versicherungsschutz mehr. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

B. Beitrag

1. Beitragszahlung, Verzug

- (1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Sie müssen den Beitrag zum Ersten eines jeden Monats zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie **unverzüglich** nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Bei einem späteren Versicherungsbeginn müssen Sie den ersten Beitrag zu diesem späteren Zeitpunkt zahlen.
- (3) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Voraussetzungen dafür sind in §37 und §38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) geregelt. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und wir Sie in **Textform** gemahnt haben, gilt: Sie müssen die nachgewiesenen Mahnkosten zahlen. Darüber hinaus können wir von Ihnen Zinsen für den Verzug und von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren fordern. Das können beispielsweise Gebühren für fehlgeschlagene Lastschriften oder Gerichtskosten sein.
- (4) Bei Beendigung des Vertrages gelten folgende Regelungen:
 - Beendigung vor Ablauf der Vertragslaufzeit: Uns steht der Teil des Beitrags für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
 - Beendigung durch Rücktritt nach §19 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang): Uns steht der Beitrag zu, bis die Erklärung des Rücktritts wirksam wird.
 - Beendigung durch Anfechtung wegen **arglistiger Täuschung**: Uns steht der Beitrag zu, bis die Anfechtung wirksam wird.
 - Treten wir vom Vertrag zurück, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Gebühr verlangen.

2. Beitragsberechnung

- (1) Wir berechnen die Beiträge nach den gesetzlichen Vorschriften. Die genaue Berechnung ist in unseren **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.
- (2) Bei Änderungen der Beiträge können wir auch separat vereinbarte **Risikozuschläge** entsprechend ändern.
- (3) Bei einer Änderung des Vertrags kann ein erhöhtes Risiko bestehen. In diesem Fall können wir für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen angemessenen Zuschlag fordern. Diesen berechnen wir zusätzlich zum Beitrag. Der Zuschlag richtet sich nach den Richtlinien, mit denen wir erhöhte Risiken ausgleichen.

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen

1. Allgemeine Obliegenheiten

- (1) Sie und die empfangsberechtigte versicherte Person müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die notwendig ist zur Feststellung
 - des Versicherungsfalles,
 - unserer Leistungspflicht,
 - und
 - des Leistungsumfangs.
- (2) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Dies gilt, wenn die Untersuchung zur Feststellung nach Absatz 1 erforderlich ist. Die Kosten der Untersuchung übernehmen wir.
- (3) Die versicherte Person muss für die Minderung des Schadens sorgen. Das bedeutet: Sie muss alle Handlungen unterlassen, die für die Genesung hinderlich sind.

Ein Beispiel: Wenn der Arzt ihr ausdrücklich Bettruhe verordnet, muss sie sich daran halten.

2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Ein Dritter ist beispielsweise ein Unfallgegner. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten. Mit Ersatz meinen wir die Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen. Diese Regelung gilt unabhängig von dem gesetzlichen Forderungsübergang nach §86 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

(2) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche wenn nötig unterstützen.

Ein Beispiel: Sie haben einen unverschuldeten Unfall, in dessen Folge Heilbehandlungskosten entstehen. Sie dürfen nicht ohne Rücksprache mit uns auf Ihre Ansprüche verzichten. Ihre Ansprüche können zum Beispiel Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner sein.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch in folgenden Fällen entsprechend: Sie oder eine versicherte Person haben einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten, weil:

- Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt und
- dafür von uns vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten haben.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Sie oder eine versicherte Person verletzen eine **Obliegenheit** aus dem Abschnitt C.1. Dann dürfen wir unsere Leistung ganz oder teilweise kürzen.

Dabei beachten wir die in §28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen.

(2) Sie oder eine versicherte Person verletzen **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Abschnitt C.2. Dann müssen wir nicht leisten.

Voraussetzung:

Wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** können wir keinen Ersatz von dem Dritten oder dem Leistungserbringer erhalten.

Bei einer **grob fahrlässigen** Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

D. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch Sie

(1) Sie können die Versicherung zum Ende eines jeden **Versicherungsjahres** mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Sie können die Versicherung auch nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife kündigen.

(3) In folgenden Fällen können Sie die Versicherung für eine versicherte Person kündigen:

- Durch eine Vereinbarung im Vertrag hat sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters geändert. Es gilt dann der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe.
- Der Beitrag hat sich wegen einer vertraglich vereinbarten Umstellung auf Beiträge mit **Alterungsrückstellung** geändert.

Ein Beispiel: Die versicherte Person setzt die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der betrieblichen Krankenversicherung in einem Tarif mit **Alterungsrückstellungen** fort.

Voraussetzung:

Eine Kündigung ist nur möglich, wenn sich der Beitrag für die versicherte Person durch die Änderung erhöht.

Sie müssen innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Der Vertrag endet dann zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

(4) Sie können die Versicherung für eine betroffene versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem wir Sie informiert haben, dass wir

- die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel im versicherten Tarif erhöhen oder
- unsere Leistungen nach Abschnitt F.3. Absatz 1 mindern.

Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gültig.

Ausnahme:

Bei einer Erhöhung des Beitrags können Sie die Versicherung kündigen, bis die Erhöhung wirksam wird.

(5) Wir haben die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. Dann haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die übrigen Teile der Versicherung aufheben. Dafür gilt eine Frist von 2 Wochen, nachdem Sie unsere Erklärung über die Vertragsänderung erhalten haben. Die Aufhebung ist dann zu folgenden Zeitpunkten wirksam:

- Bei Anfechtung oder Rücktritt: Zum Ende des Monats, in dem Sie unsere Erklärung erhalten haben.
- Bei Kündigung: Ab dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

(6) Kündigen Sie die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die versicherten Personen müssen diese Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach der Kündigung abgeben. Als bisheriger Versicherungsnehmer müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen Ihre Kündigungserklärung kannten. Sonst ist die Kündigung unwirksam.

(7) Wenn wir für Ihre Tarife **Alterungsrückstellungen** bilden, können Sie und die versicherten Personen den gekündigten Vertrag als **Anwartschaftsversicherung** fortsetzen. Wir müssen den Antrag auf Umwandlung des Vertrags innerhalb von 3 Monaten erhalten, nachdem die Kündigung wirksam wurde.

2. Kündigung durch uns

(1) Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht gelten weiterhin.

(3) Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

(4) Kündigen wir die Versicherung insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt D.1. Absatz 6 Satz 1 bis 3 entsprechend.

3. Sonstige Gründe für die Beendigung einer Versicherung

(1) Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben aber das Recht, den Vertrag fortzusetzen. Dabei müssen sie den künftigen Versicherungsnehmer nennen. Die Erklärung müssen sie innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet die jeweilige Versicherung.

(3) Bei Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes oder dem der versicherten Person in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums, endet die Versicherung. Wir können den Vertrag auf Grund einer besonderen Vereinbarung fortsetzen.

(4) Die Versicherung endet auch in diesem Fall: Wir dürfen Sie in dem Land, in das Sie oder die versicherte Person Ihren Aufenthalt oder gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben, nicht versichern. Das kann beispielsweise zutreffen, wenn wir in diesem Land eine Erlaubnis zum Betreiben des Versicherungsgeschäfts benötigen. Die Versicherung endet ab dem Zeitpunkt, von dem an wir Sie oder die versicherte Person nicht mehr versichern dürfen.

(5) Bei einer rechtskräftigen Ehescheidung gilt folgende Regelung: Jeder Ehepartner hat das Recht, seinen Vertragsteil als selbstständigen Vertrag fortzusetzen. Dies gilt auch, wenn die Ehepartner getrennt leben.

E. Willenserklärungen und Informationen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in **Textform** senden.

Ausnahme:

Wir haben mit Ihnen eine erleichterte Form vereinbart (beispielsweise telefonisch).

F. Sonstige Bestimmungen

1. Aufrechnung

Sie können gegen unsere Forderungen nur **aufrechnen**, wenn die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ausnahme:

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie nicht **aufrechnen**.

2. Gerichtsstand

(1) Für Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.

(3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:

- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder
- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Wir können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Anpassungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Anpassungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(2) Wir können eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch eine neue Regelung ersetzen, wenn diese für unwirksam erklärt wurde durch

- höchstrichterliche Entscheidung oder
- einen bestandskräftigen Verwaltungsakt.

Voraussetzungen:

- Die neue Regelung ist zur Fortführung des Vertrags notwendig oder
- der Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine **unzumutbare Härte** darstellen.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie das Vertragsziel wahrt und die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die Gründe dafür mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

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

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

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

Hinweis auf den Rechtsweg

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

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anwartschaftsversicherung: Die Anwartschaftsversicherung können Sie unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum abschließen, um Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu erhalten. Zum Beispiel bei einem längeren Aufenthalt im Ausland. Eine vollständige Aufzählung der Voraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung garantiert bei Wegfall der Voraussetzung das Wiederaufleben des Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Dabei verzichten wir auf eine erneute Gesundheitsprüfung. Wenn bereits **Alterungsrückstellungen** gebildet wurden, rechnen wir diese beitragsenkend an.

Arglistige Täuschung liegt vor, wenn Tatsachen falsch dargestellt oder verschwiegen werden, beispielsweise bei Antworten auf die Gesundheitsfragen im Antrag. Der Täuschende weiß und will, dass sein Verhalten zu einem Irrtum beim Versicherer führt.

Aufrechnung bezeichnet einen rechtlichen Vorgang, bei dem wechselseitige Forderungen miteinander verrechnet werden.

Europäischer Wirtschaftsraum: Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) ist eine vertiefte Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Vertragsstaaten sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gleichartiger Versicherungsschutz: Gleichartigkeit zwischen zwei Tarifen liegt vor, wenn die Tarifleistungen denselben Leistungsbereichen zuzuordnen sind. Leistungsbereiche sind zum Beispiel die Kostenerstattung für die ambulante Heilbehandlung, die stationäre Heilbehandlung oder Zahnbehandlung und Zahnersatz. Zwischen einer substitutiven Krankenversicherung und einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Zusatzversicherung) besteht keine Gleichartigkeit.

Grobe Fahrlässigkeit beschreibt eine innere Einstellung zu einer Handlung. Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße verletzt. Selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende wird nicht beachtet.

Ein Beispiel: Einfahren in eine Kreuzung bei Rotlicht.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Kriminogene Indikation: Eine der Indikationen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir beispielsweise, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen.

Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können wir unsere Leistungen mindern oder ganz streichen.

Risikozuschlag: Für die meisten Tarife führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Tarifwechselrecht: Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Änderung seines Vertrages. Das bedeutet: Sie haben das Recht, in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu wechseln. Dabei rechnen wir die Alterungsrückstellung an.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Textform ist eine gesetzliche geregelte Form für ein Rechtsgeschäft oder eine Erklärung. Die Textform meint jede

lesbare, dauerhafte Erklärung, in der die Person des Erklärenden genannt ist. Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Erklärungen in Textform müssen auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben werden. Neben Papier (Brief, Telefax-Nachrichten) kommen auch CD-ROMs, DVDs, Speicherkarten, USB-Sticks oder E-Mails in Frage.

Unverzüglich: Eine Handlung soll ohne unnötige, nicht durch die Sachlage begründete Verzögerung vorgenommen werden. Als Obergrenze für ein unverzügliches Handeln gilt ein Zeitraum von zwei Wochen.

Unzumutbare Härte: Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einem Vertragspartner nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Versicherungsjahr ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird.

Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird eine Knieoperation, an die man sich sehr gut erinnert, bewusst nicht angegeben. Ziel ist es, einen Vertrag ohne Beitragszuschlag abzuschließen.

Willenserklärung: Kundgabe (Erklärung) des Willens einer Person, die einen Erfolg beabsichtigt. Beispielsweise eine Kündigungserklärung, die das Ende eines Vertrags herbeiführen soll.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz

§1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person 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 der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß §2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. §1297 Abs.2 und die §§1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsvertragsgesetz

§14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§19 Anzeigepflicht

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

§28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden 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 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.