



AVB / KKV
Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die Krankheitskostenvollversicherung

Ausgabe 12 / 2021

Inhaltsübersicht

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht	5
(1) Allgemeines.....	5
(2) Versicherungsfall	5
(3) Umfang des Versicherungsschutzes.....	5
(4) Anwendbares Recht.....	5
§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes sowie Kindernachversicherung.....	6
(1) Wartezeiten	6
(2) Beginn des Versicherungsschutzes	6
(3) Ende des Versicherungsschutzes	6
(4) Kindernachversicherung	6
§ 3 Geltungsbereich, gezielte Heilbehandlungen im Ausland sowie Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	7
(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen.....	7
(2) Gezielte Heilbehandlungen im Ausland außerhalb des EWR.....	7
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland	8
§ 4 Anerkannte Behandelnde, anerkannte Krankenhäuser, anerkannte Behandlungen und Therapien sowie Auskunftspflichten des Versicherers.....	9
(1) Anerkannte Behandelnde.....	9
(2) Anerkannte Krankenhäuser.....	10
(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien.....	10
(4) Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen	10
(5) Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen.....	11
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht.....	11
(1) Subsidiaritätsklausel	11
(2) Übermaßbehandlung	11
(3) Missverhältnis	11
(4) Bereicherungsverbot.....	11
(5) Stationäre Behandlung in Gemischte Anstalten	11
(6) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kinder.....	12
(7) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle	12
(8) Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung.....	12
(9) Kriegs- und Torklausel	12
(10) Wehrdienstbeschädigung.....	12

§ 6 Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grunde.....	12
(1) Behandelnde	12
(2) Krankenhäuser	13
§ 7 Versicherungsleistung: Zeitliche Zurechnung, Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung	13
(1) Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen.....	13
(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung.....	13
(3) Auszahlung der Versicherungsleistung	13
(4) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung	14
§ 8 Beitragszahlung.....	14
(1) Berechnung der Beiträge	14
(2) Fälligkeit und Zahlungsweise	14
(3) Folgen eines Beitragsrückstandes.....	14
§ 8a Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.....	15
(1) Berücksichtigte Tarife.....	15
(2) Bezugsberechtigter Personenkreis (Normaltarife):	15
(3) Bezugsberechtigter Personenkreis (Ausbildungstarife):	16
(4) Voraussetzungen des Bezuges der Beitragsrückerstattung	16
(5) Auszahlung der Beitragsrückerstattung	16
§ 9 Beitragsanpassung	17
(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung	17
(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung	17
(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge.....	17
§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen	18
(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen	18
(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel	18
(3) Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen	18
(4) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen	18
§ 11 Tarifwechsel.....	18
(1) Wechsel in den Basistarif	18
§ 12 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer	19
(1) Versicherungsjahr.....	19
(2) Mindestvertragsdauer	19
§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses.....	19
(1) Tod der versicherten Person	19
(2) Tod des Versicherungsnehmers.....	19
(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR	20
§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses.....	20
(1) Verzicht auf ordentliche Kündigung durch den Versicherer	20
(2) Allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine Kündigung	20
(3) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer	20
(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	20
(5) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen	21
(6) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge.....	21
(7) Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person.....	21

(8) Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers	22
(9) Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung	22
§ 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen.....	22
(1) Erteilung von Auskünften	22
(2) Ärztliche Untersuchung.....	22
(3) Schadenminderung.....	22
(4) Auskunft über anderweitigen Versicherungsschutz	22
(5) Zustimmung zu anderweitigen Versicherungsschutz.....	22
(6) Folge von Obliegenheitsverletzungen	23
§ 16 Änderung von Anschrift oder Namen	23
§ 17 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen	23
(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten	23
(2) Pflicht zur Mitwirkung.....	23
(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen	23
(4) Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer	23
§ 18 Sonstige Bestimmungen.....	24
(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	24
(3) Trennung/Ehescheidung	24
§ 19 Gerichtsstand	24
(1) Klagen des Versicherungsnehmers.....	24
(2) Klagen des Versicherers.....	24
(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz	24
§ 20 Verjährung	24
(1) Verjährungsfrist	24
(2) Hemmung der Verjährung	25
Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle	
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung.....	26
Hinweis auf die Versicherungsaufsicht	26
Hinweis auf den Rechtsweg.....	26
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG).....	27
§ 146 Substitutive Krankenversicherung	27
§ 153 Notlagentarif	27
Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	28
§ 14 Fälligkeit der Geldleistung.....	28
§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.....	28
§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen.....	29
§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht	29
§ 195 Versicherungsdauer	29
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).....	30
§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	30
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	30

§ 1 Gegenstand der Versicherung, Umfang des Versicherungsschutzes und anwendbares Recht

(1) Allgemeines

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch

- Ambulante Untersuchungen zu Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne die dort festgelegten Altersbegrenzungen,
- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung,
- die Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung),
- die Fehlgeburt und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,
- der Tod.

(3) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Versicherungsschein,
- den späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen,
- den allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB/KKV) sowie den Tarifbedingungen,
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

(4) Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Wartezeiten, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes sowie Kindernachversicherung

(1) Wartezeiten

Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten.

(2) Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer Annahmeerklärung in Textform).

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 fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(3) Ende des Versicherungsschutzes

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

(4) Kindernachversicherung

- a) Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz mit 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. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche und besteht für das Neugeborene kein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn das Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.
- b) Bei einer fristgerechten Anmeldung gemäß Buchstabe a) kann der Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung des Kindes gewählt werden. Dieser darf allerdings nicht höher oder umfassender als der des für die Kindernachversicherung maßgeblichen Elternteils sein. Ebenfalls kann ohne Risikoprüfung eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung gewählt werden. Die Vereinbarung von Risikozuschlägen bzw. Leistungseinschränkungen ist in diesen Fällen ausgeschlossen.
- c) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption minderjährig ist. Besteht eine höhere Gefahr, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags höchstens bis zur einfachen Prämienhöhe zulässig. Die Regelungen aus Buchstabe a) Satz 1 und b) Satz 1 bis 3 gelten entsprechend, Leistungseinschränkungen sind in diesen Fällen ebenfalls ausgeschlossen.
- d) Im Rahmen der Kindernachversicherung sind stets auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere angeborene körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen) vom Versicherungsschutz umfasst.

§ 3 Geltungsbereich, gezielte Heilbehandlungen im Ausland sowie Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

(1) Geltungsbereich und Gebührenrahmen

- a) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Deutschland und die Heilbehandlung innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)¹.
- b) Bei Reisen bis zu einer Dauer von 6 Monaten erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Heilbehandlungen in Ländern außerhalb des EWR, sofern dort nicht eine gezielte Heilbehandlung gemäß Abs. 2 durchgeführt wird. Befindet sich die versicherte Person mit Ablauf des sechsten Reisemonats in unvorhergesehener stationärer Behandlung, besteht der Versicherungsschutz solange fort, bis die versicherte Person die Rückreise bzw. den Rücktransport ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Absatz 3 Buchstabe a) findet insoweit keine Anwendung.
- c) Sofern im jeweiligen Aufenthaltsland eine Taxe zur Berechnung der Kosten der durchgeführten Heilbehandlung existiert, sind Behandlungskosten im Ausland nur dann erstattungsfähig, wenn sie der taxmäßigen Vergütung entsprechen. Existiert keine Taxe, werden die Kosten bis zur ortsüblichen Höhe erstattet.

(2) Gezielte Heilbehandlungen im Ausland außerhalb des EWR

- a) Eine gezielte Heilbehandlung liegt vor, wenn die Heilbehandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe der Reise ist. Eine gezielte Entbindung im Ausland steht der gezielten Heilbehandlung gleich. Kosten einer gezielten Heilbehandlung außerhalb des EWR sind nur nach vorheriger Zusage des Versicherers in Textform erstattungsfähig.
- b) Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern die Heilbehandlung aus medizinischen Gründen weder in Deutschland noch in einem anderen Land des EWR durchgeführt werden kann. In diesem Fall sind die Behandlungskosten im Rahmen der in Abs. 1 c) beschriebenen Höhe erstattungsfähig.
- c) Wird eine gezielte Heilbehandlung ohne die vorherige Zusage des Versicherers durchgeführt, bleibt der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.
- d) Sofern der Versicherer die Zusage für die Übernahme der Kosten einer gezielten Heilbehandlung außerhalb des EWR gegeben hat, sind bei medizinischer Notwendigkeit auch die Hin- und Rückreisekosten der versicherten Person zur Heilbehandlung ins Ausland erstattungsfähig, sofern der Versicherungsnehmer den Versicherer mit der Organisation der Reise beauftragt. Der Versicherer verpflichtet sich dabei, in Absprache mit dem Versicherungsnehmer eine dem Gesundheitszustand der versicherten Person Rechnung tragende Art der Beförderung zu wählen. Sofern es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handelt, verpflichtet sich der Versicherer überdies dazu, bei der Organisation der Reise auf Wunsch des Versicherten eine Begleitperson seiner Wahl zu berücksichtigen und die dabei anfallenden zusätzlichen Reisekosten ebenfalls zu übernehmen.

¹ Dies sind (Stand 12/2016) alle Länder, die der europäischen Union (EU) angehören sowie Norwegen, Island und Liechtenstein.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

- a) Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland liegt immer dann vor, wenn eine Auslandsreise länger als 6 Monate dauert oder sich die versicherte Person innerhalb eines Kalenderjahres länger als 6 Monate im Ausland aufhält.
- b) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts **in einen anderen Staat des EWR** bleibt der Versicherer ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer Heilbehandlung in Deutschland zu erbringen hätte.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthalts die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat des EWR anzeigen und beantragen, dass Behandlungskosten auch ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts bis zur in Abs. 1 c) festgelegten Höhe erstattet werden.

Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern der Versicherungsnehmer einer in Textform geschlossenen Vereinbarung zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat innerhalb des EWR mit dem Versicherer zustimmt, die u.a. die Zahlung eines Auslandszuschlages enthält. Der Auslandszuschlag beträgt in der Regel 20% des Beitrages, wie er ohne die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland zu bezahlen wäre. Der gesetzliche Zuschlag bleibt hierbei unberücksichtigt. Der Auslandszuschlag ist ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu bezahlen, er entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

- c) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts **in einen Staat außerhalb des EWR** endet die Versicherung mit der Anzeige der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherungsnehmers beim Versicherer, spätestens jedoch zum Ende des 6. Monats des Auslandsaufenthalts. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Versicherungsnehmer kann während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthaltes auch beantragen, dass das Versicherungsverhältnis über den 6. Monat des Auslandsaufenthaltes hinaus fortgeführt wird, und dass Behandlungskosten ab dem 7. Monat des Auslandsaufenthalts in der in Abs. 1 c) festgelegten Höhe erstattet werden. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern

- I. die rechtlichen Bestimmungen des Aufenthaltslandes dies zulassen und der Versicherer aufgrund der Fortführung des Versicherungsverhältnisses keiner besonderen Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb im betreffenden Aufenthaltsland bedarf und
- II. der Versicherungsnehmer eine Textform geschlossene Vereinbarung zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR mit dem Versicherer schließt, die u.a. die Zahlung eines Auslandszuschlages enthält. Der Auslandszuschlag beträgt in der Regel 20% des Beitrages, wie er ohne die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland zu bezahlen wäre. Der gesetzliche Zuschlag bleibt hierbei unberücksichtigt. Der Auslandszuschlag kann auch 20% übersteigen, sofern die Behandlungskosten im Aufenthaltsland durchschnittlich um mehr als 20% höher sind als in Deutschland.

Der Auslandszuschlag ist ab dem 7. Aufenthaltsmonat zu bezahlen, er entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

Die Vereinbarung kann überdies eine Befristung vorsehen. Hierin kann geregelt werden, dass der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist erneut das Recht hat, einen Antrag auf Fortführung der Versicherung zu stellen, sofern der gewöhnliche Aufenthalt nach

Ende der Befristung noch nicht nach Deutschland zurückverlegt wird. Der Versicherer verpflichtet sich zur Annahme eines solchen Antrages, sofern die vorstehend genannten Bedingungen i. und ii. erfüllt sind.

Sofern eine in Textform geschlossene Vereinbarung über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in einen anderen Staat getroffen wurde, gilt eine Heilbehandlung in diesem grundsätzlich nicht als gezielte Heilbehandlung gemäß Abs. 2.

- d) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, so ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung der entstehenden Aufwendungen verpflichtet. Richtet sich der Anspruch gegen den Versicherer, wird dieser die Versicherungssteuer oder die andere Abgabe vom Versicherungsnehmer zurückverlangen.

§ 4 Anerkannte Behandelnde, anerkannte Krankenhäuser, anerkannte Behandlungen und Therapien sowie Auskunftspflichten des Versicherers

(1) Anerkannte Behandelnde

- a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Ebenso können in Notfällen Not- bzw. Rettungsärzte sowie ärztliche Akutdienste in Anspruch genommen werden.
- b) Bei ambulanter Psychotherapie können neben ärztlichen Psychotherapeuten auch approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten in Anspruch genommen werden, sofern diese in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) tätig sind. Voraussetzung ist, dass sie über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen.
- c) Bei Heilmitteln können neben Ärzten auch Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, akademische Sprachtherapeuten, klinische Linguisten, Masseur, medizinische Bademeister, Physiotherapeuten und Podologen bzw. medizinische Fußpfleger in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus können bei Ernährungstherapie Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler in Anspruch genommen werden.
- d) Bei Schwangerschaft und Entbindung können Hebammen und Entbindungspfleger in Anspruch genommen werden.
- e) Bei häuslicher Behandlungspflege bzw. häuslicher Grundpflege und bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung können Pflegedienste in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschlossen haben. Das gleiche gilt für ambulante Hospizdienste, die von einer gesetzlichen Krankenversicherung gefördert werden. Bei Soziotherapie können Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der GKV geschlossen haben.
- f) Sofern der Tarif Leistungen für sozialpädiatrische Maßnahmen und Frühförderung vor-

sieht, können sozialpädiatrische Zentren in Anspruch genommen werden, die einen Versorgungsvertrag mit der GKV geschlossen haben.

- g) Sofern der Tarif Leistungen für die Behandlung durch Heilpraktiker vorsieht, können Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(2) Anerkannte Krankenhäuser

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

(3) Anerkannte Behandlungen und Therapien

- a) Es wird im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel geleistet, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Es wird darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel geleistet, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. In diesem Fall kann der Versicherer jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- b) Sofern schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen, leistet der Versicherer auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind.
- c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.

- d) Für Schutzimpfungen wird nur geleistet, wenn diese von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Hierbei wird auch für die empfohlenen Schutzimpfungen geleistet, die aus Anlass einer Auslandsreise erfolgen. Abweichend von Absatz 1a) können bei Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise auch nicht niedergelassene Ärzte in Anspruch genommen werden, sofern sie behördlich zur Durchführung der jeweiligen Impfung zugelassen sind.

Nicht geleistet wird für Schutzimpfungen, bei denen ein gesetzlicher Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.

(4) Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(5) Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Subsidiaritätsklausel

Hat die versicherte Person einen Anspruch gegen einen anderen Erstattungsverpflichteten, so geht dieser Anspruch dem Anspruch gegenüber ottonova vor.

(2) Übermaßbehandlung

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.

(3) Missverhältnis

Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(4) Bereicherungsverbot

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

(5) Stationäre Behandlung in gemischten Anstalten

- a) Für stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalten), werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung in Textform zugesagt hat. Der Versicherer wird die Zusage gemäß den tariflich vereinbarten Leistungen erteilen, sofern die stationäre Behandlung medizinisch notwendig ist. Nach Antritt der Behandlung kann keine Zusage mehr beansprucht werden.
- b) Entgegen der Bestimmung gemäß Buchstabe a) ist keine vorherige Zusage erforderlich, sofern
 - eine akut stationäre Krankenhausbehandlung zum Zwecke eines operativen Eingriffs notwendig wird oder

- es sich um eine Notfallbehandlung handelt oder
- das Krankenhaus das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsortes des Versicherten ist.

(6) Behandlung durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kinder

Keine Leistungspflicht besteht bei Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(7) Vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle

Keine Leistungspflicht besteht bei von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Unfällen einschließlich deren Folgen.

(8) Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung

Keine Leistungspflicht besteht bei einer durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingten Unterbringung.

(9) Kriegs- und Terrorklausel

- a) Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht werden.
- b) Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegs- oder Terrorereignisse im Ausland verursacht werden, sofern
 - das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausgesprochen hat oder
 - das Auswärtige Amt nach Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung für den ausländischen Aufenthaltsort ausspricht und die versicherte Person, ohne durch Gefahr für Leib und Leben daran gehindert zu sein, von der Möglichkeit keinen Gebrauch macht, das Krisengebiet zu verlassen.

(10) Wehrdienstbeschädigung

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

§ 6 Ausschluss von der Erstattung aus wichtigem Grunde

(1) Behandelnde

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte oder andere Behandelnde, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.

(2) Krankenhäuser

Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.

§ 7 Versicherungsleistung: Zeitliche Zurechnung, Fälligkeit, Auszahlung und Verpfändung/Abtretung

(1) Zeitliche Zurechnung der vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung beim Versicherer sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

(2) Fälligkeit der Versicherungsleistung

Geldleistungen werden mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen fällig.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können dem Versicherer sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Die Nachweise werden Eigentum des Versicherers.

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

(3) Auszahlung der Versicherungsleistung

- a) Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu. Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.
- b) Sind Behandlungskosten im Ausland in einer anderen Währung als Euro entstanden, so werden die jeweiligen Beträge zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- c) Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes Konto in Deutschland. Die Überweisung der Versicherungsleistung auf ein ausländisches Konto ist nicht möglich. Der Versicherer ist berechtigt, Kosten für die Übersetzung von in ausländischer Sprache eingereichten Nachweisen mit den Versicherungsleistungen zu verrechnen. Letzteres gilt nicht für Nachweise, die in dem Land ausgestellt wurden, in das der Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt nach § 3 Abs. 3 verlegt hat, und für das er einen Auslandszuschlag gemäß § 3 Abs. 3 entrichtet.

(4) Verpfändung bzw. Abtretung der Versicherungsleistung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Berechnung der Beiträge

- a) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden. Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland können zudem Auslandszuschläge (vgl. § 3 Abs. 3) vereinbart werden.
- b) Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.
- c) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Vereinbarte Risiko- oder Auslandszuschläge werden bei einer Änderung des Beitrages entsprechend angepasst.
- d) Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, gilt folgendes: Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen.

(2) Fälligkeit und Zahlungsweise

- a) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung zum Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag wird durch das SEPA-Lastschriftverfahren vom Versicherer von einem inländischen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf das vom Versicherer angegebene inländische Konto zu zahlen.
- b) Ist der Einzug der Beiträge im SEPA-Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.
- c) Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der betreffende Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.
- d) Sofern im Tarif nichts anderes bestimmt ist, beginnt für Neugeborene die Pflicht zur Beitragszahlung erst mit Beginn des vierten Kalendermonats, der auf den Tag der Geburt folgt.

(3) Folgen eines Beitragsrückstandes

- a) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- b) Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- c) Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.
- d) Wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war.
- e) Endet das Ruhen der Versicherung gemäß Buchstabe c) oder Buchstabe d) ist die versicherte Person so zu stellen, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung.

§ 8a Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

(1) Berücksichtigte Tarife

Der Versicherer legt für jedes Versicherungsjahr die Tarife fest, für die eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt. Jedem berücksichtigten Tarif wird dabei ein zugehöriger Faktor zwischen 1 und 6 zugeordnet. Der Versicherer kann festlegen, dass an die Stelle eines Tarifs eine Kombination aus bestimmten Tarifen tritt. Alle folgenden Regelungen gelten dann entsprechend für die versicherte Kombination aus Tarifen.

(2) Bezugsberechtigter Personenkreis (Normaltarife):

Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede erwachsene versicherte Person bezugsberechtigt, für die im vorangegangenen Versicherungsjahr ununterbrochen Versicherungsschutz nach berücksichtigten Tarifen bestand. Dies schließt auch

die Versicherten mit ein, deren vorangegangenes Versicherungsjahr das erste war und nicht dem gesamten Kalenderjahr entsprach. Kein Versicherungsschutz besteht während einer Anwartschafts- oder Ruhenszeit.

(3) Bezugsberechtigter Personenkreis (Ausbildungstarife):

Bei einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede erwachsene versicherte Person bezugsberechtigt, für die im vorangegangenen Versicherungsjahr mindestens 1 Monat nach dem berücksichtigten Tarif bestand und alle anderen Monate des Versicherungsjahres ununterbrochen Versicherungsschutz nach einer anderen substitutiven Krankenversicherung bei ottonova oder eine Anwartschaftsversicherung auf eine substitutive Krankenversicherung bei ottonova bestand. Dies schließt auch die Versicherten mit ein, deren vorangegangenes Versicherungsjahr das erste war und nicht dem gesamten Kalenderjahr entsprach. Kein Versicherungsschutz besteht während einer Anwartschafts- oder Ruhenszeit.

(4) Voraussetzungen des Bezuges der Beitragsrückerstattung

a) Beitragszahlung:

Die für das abgelaufene Versicherungsjahr fälligen Beiträge wurden bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet.

b) Fortbestehen der Versicherung:

Für die versicherte Person bestand vom 01. Januar bis zum 30. Juni des Folgejahres Versicherungsschutz einer substitutiven Krankenversicherung bei ottonova oder einer Anwartschaftsversicherung auf eine substitutive Krankenversicherung bei ottonova fort, es sei denn, die versicherte Person ist innerhalb dieses Zeitraumes verstorben.

c) Berechnung des individuellen Überschussbetrages des Tarifs:

Der individuelle berücksichtigungsfähige Beitrag einer versicherten Person berechnet sich aus der Summe der Beiträge (ohne gesetzlichen Zuschlag), die für das vorangegangene Versicherungsjahr für den Tarif entrichtet wurden dividiert durch 12. Der individuelle Überschussbetrag berechnet sich aus dem individuellen berücksichtigungsfähigen Beitrag multipliziert mit dem für das Kalenderjahr von ottonova festgelegten Faktors des Tarifs abzüglich der Leistungen, die von ottonova für das vorangegangene Kalenderjahr für die versicherte Person aus dem Tarif erbracht wurden. Nicht berücksichtigt werden dabei Leistungen gemäß Ziffer 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung), ärztliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Impfstoffe für versicherte Schutzimpfungen, die nicht aus Anlass einer Auslandsreise durchgeführt werden.

(5) Auszahlung der Beitragsrückerstattung

Eine Ausschüttung von BRE erfolgt nur für Personen, deren individueller Überschussbetrag positiv ist. Die Höhe der BRE entspricht in diesem Fall dem individuellen Überschussbetrag. Die Auszahlung der BRE für ein Versicherungsjahr erfolgt in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres.

§ 9 Beitragsanpassung

(1) Jährliche Nachkalkulation und Erfordernis der Beitragsanpassung

- a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.
- b) Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- c) Ist eine Beitragsanpassung nach den Grundsätzen von Buchstabe b) erforderlich, sind vereinbarte Risiko- oder Auslandszuschläge im Zuge der Beitragsanpassung entsprechend anzupassen. Eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung hingegen kann ebenfalls im Zuge der Beitragsanpassung mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders angepasst werden. Überdies wird der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag gemäß § 11 Abs. 1 mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen, und, soweit erforderlich, ebenfalls angepasst.

(2) Mitteilung und Wirksamwerden der Beitragsanpassung

Ist eine Beitragsanpassung erforderlich, wird der Versicherer jeden betroffenen Versicherungsnehmer über die Neufestsetzung der Beiträge in Textform informieren. Die Veränderung des Beitrages und die im Zuge der Beitragsanpassung durchgeführten weiteren Veränderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung der Beiträge folgt.

(3) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Erhöhung der Beiträge

Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß Abs. 1 kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Sofern der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Beiträge länger als zwei Monate nach Zugang der Mitteilung über die Neufestsetzung der Beiträge in der Zukunft liegt, verlängert sich die im letzten Satz genannte Kündigungsfrist bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung. Die Kündigung kann bei einer Krankenversicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, jedoch nur wirksam werden, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 2 erfüllt sind.

§ 10 Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Dauerhafte Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können diese Bedingungen sowie die Bedingungen des jeweiligen Tarifes den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger juristischer Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung einer unwirksamen Klausel

Ist eine Bestimmung dieser Bedingungen oder einer tariflichen Bedingung durch höchstgerichtliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

(3) Dynamisierung von betragsmäßigen tariflichen Leistungsbegrenzungen

Der Versicherer prüft in regelmäßigen Abständen, ob im Tarif genannte betragsmäßige Begrenzungen einzelner Leistungen im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Soweit es zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat, kann die Versicherungsleistung zu Gunsten der Versicherten erhöht werden.

(4) Außerordentliches Kündigungsrecht bei Änderung der Versicherungsbedingungen

Führt eine Änderung der Versicherungsbedingungen nach Abs. 1 dazu, dass die Leistungen des Versicherers vermindert werden, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung über die Änderung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Leistungsminderung wirksam werden soll. Die Kündigung kann bei einer Krankenversicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, jedoch nur wirksam werden, wenn die Voraussetzungen nach § 14 Abs. 2 erfüllt sind.

§ 11 Tarifwechsel

(1) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif

mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif wird ein in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegter Zuschlag erhoben, der im Rahmen einer Beitragsanpassung verändert werden kann.

(2) Wechsel in andere Tarife

- a) Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife des Versicherers mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im beantragten Tarif erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet, sofern das bestehende Versicherungsverhältnis nicht befristet ist.
- b) Bei einem Wechsel gemäß Buchstabe a) bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die bisher gebildete Alterungsrückstellung wird nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers im neuen Tarif angerechnet. Vereinbarte Auslandszuschläge werden entsprechend angepasst, bisher vereinbarte Risikozuschläge können ebenfalls entsprechend angepasst werden.
- c) Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbaren oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses wählt.

§ 12 Versicherungsjahr und Mindestvertragsdauer

(1) Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind dem Kalenderjahr gleich.

(2) Mindestvertragsdauer

Sofern im Tarif nicht anders geregelt, wird das Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.

§ 13 Ende des Versicherungsverhältnisses

(1) Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

(2) Tod des Versicherungsnehmers

Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die verbleibenden versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versiche-

rungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers zu erklären.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des EWR

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EWR endet die Versicherung gemäß den Bestimmungen von § 3 Abs. 3 c).

§ 14 Kündigung des Versicherungsverhältnisses

(1) Verzicht auf ordentliche Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht des Versicherers bleiben dabei unberührt.

(2) Allgemeine Wirksamkeitsvoraussetzungen für eine Kündigung

- a) Soweit die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) fortbesteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die betreffende versicherte Person nach dem Kündigungszeitpunkt nahtlos nach einer anderweitigen Krankenversicherung fortversichert wird, die der Pflicht zur Versicherung genügt.
- b) Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Erfüllung der Bedingung gemäß Buchstabe a) innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist. Liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, verlängert sich die Nachweisfrist bis zu diesem Termin.
- c) Die Kenntnisnahme durch die betroffene versicherte Person und der Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer.

(3) Ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- a) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenvollversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist allerdings unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen,

in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

- b) Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.
- c) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht - rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht- eine Umwandlung der Krankheitskostenvollversicherung in einen Tarif der Krankheitskostenzusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Personen beim Versicherer zu beantragen. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die bis dahin erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage zumindest insoweit angerechnet, als der Beitrag für die Krankheitskostenzusatzversicherung nicht geringer ist als der Beitrag, den ein Neukunde mit dem Erwachsenenalter zu bezahlen hätte, zu dem der Versicherte ursprünglich die Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen hatte.
- d) Soweit der Leistungsumfang der Zusatzversicherung - auch in Teilbereichen - nicht höher oder umfassender als der bestehende Krankheitskostenvollversicherungsschutz ist, wird die in Buchstaben c) genannte Umwandlung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.
- e) Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

(5) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei Erhöhung der Beiträge oder Minderung der Leistungen

Erhöhen sich die Beiträge im Zuge einer Beitragsanpassung oder vermindern sich die Leistungen aufgrund einer Bedingungsänderung, gelten die außerordentlichen Kündigungsrechte des Versicherungsnehmers gemäß § 9 Abs. 3 bzw. § 10 Abs. 4.

(6) Kündigung durch den Versicherungsnehmer bei vertraglich festgelegter Erhöhung der Beiträge

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

(7) Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer für eine andere versicherte Person

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für eine andere versicherte Person, ist die Kündigung nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Die versicherte Person hat in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Letzterer muss innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bestätigen.

(8) Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Krankenversicherers

- a) Bei Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Anhang) bei einem anderen privaten Krankenversicherer wird der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) an den neuen Versicherer weitergegeben.
- b) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(9) Fortführung des gekündigten Vertrages als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 15 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, sofern der Versicherer dies zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Umfangs der Leistungspflicht als erforderlich erachtet. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung trägt der Versicherer.

(3) Schadenminderung

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

(4) Auskunft über anderweitigen Versicherungsschutz

Macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer hiervon unverzüglich zu unterrichten. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person beihilfeberechtigt oder versicherungspflichtig in der GKV wird oder einen Anspruch auf freie Heilfürsorge erlangt.

(5) Zustimmung zu anderweitigen Versicherungsschutz

Eine weitere Krankheitskostenversicherung oder eine Krankenhaustagegeldversicherung darf bei einem anderen privaten Krankenversicherer nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden. Keine Zustimmung ist erforderlich, sofern eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen wird, die ausschließlich für unfallbedingte Krankenhausaufenthalte leistet.

(6) Folge von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis Abs. 5 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird eine der in Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

§ 16 Änderung von Anschrift oder Namen

Änderungen seiner Anschrift oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Tut er das nicht, gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

§ 17 Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

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

(2) Pflicht zur Mitwirkung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und den Versicherer bei dessen Durchsetzung soweit erforderlich zu unterstützen.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bzw. Abs. 2 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.

(4) Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 18 Sonstige Bestimmungen

(1) Erklärungen des Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

(2) Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

(3) Trennung/Ehescheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener hat das Recht seinen Vertragsteil unter Anrechnung seiner erworbenen Alterungsrückstellungen als selbstständige Versicherung fortzusetzen. Entsprechendes gilt bei getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartnern oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

§ 19 Gerichtsstand

(1) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers in Deutschland erhoben werden.

(2) Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat.

(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.

§ 20 Verjährung

(1) Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt – ungeachtet der Fälligkeit der Versicherungsleistung nach § 14 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) – mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Versicherungsnehmer von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit Kenntnis erlangt haben müsste.

(2) Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Hinweise

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.

Anhang

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwenderstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

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.

§ 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 Aufklä-

rungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, 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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom- Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden; die Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

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.